

48-Observação

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acolho e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Decido, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), folio(s) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos caso não seja pago em contrato.

48-Observação

des parts.

Cícero Ayres de Mello Netto

CIRURGIÃO DENTISTA
IMPLANTODONTISTA

CRO-PR 19231