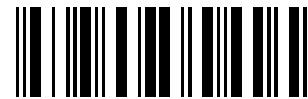




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



13468562
INTERCÂMBIO

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram 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 conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solticante
_____ / _____ / _____
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
_____ / _____ / _____
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
_____ / _____ / _____
53-Data, local e Carimbo da Empresa
_____ / _____ / _____