



2-Nº

7-Data Validade da Senha

440164
INTERC

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), 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.

P **T** **C** **I** **S**

Dra. Thayaraya Dayan
Cirurgiã - Dentista
CRD 84.174/8

	9/6/11	11/12/12	9/6/11	11/12/12
Thompson Pump Sensor	✓	✓	✓	✓
Thompson Pump Sensor	✓	✓	✓	✓