

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



22

Enjamb

2503593
INTERCÂMBIO[illegible]

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 e autorizo a assinatura deste documento, sem qualquer ressalva, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores devidos pelo tratamento realizado(s) acima, e por mim assinado(s), com meu consentimento e de forma satisfatória. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, 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 devidos pelo tratamento realizado(s) acima, e por mim assinado(s), com meu consentimento e de forma satisfatória. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, 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 devidos pelo tratamento realizado(s) acima, e por mim assinado(s), com meu consentimento e de forma satisfatória.

49-Obse.rvació

Dr. Vinícius S. Rodrigues
Cirurgião Dentista
CRO-SC 20.491