



2-Nº

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(ram) 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

49-Observação

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dr. Cirurgião-Dentista
CRO RJ - 26334
Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitário

Dr. Cirurgião-Dentista
CRO RJ - 26334
Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

ODONTO MONTINHO SPN ODONT LTB
CNPJ: 14.092.419/0001-25
EPAO / RJ-249155-2-2017-0001-25
REC. Municipal