

2-N^o422295
INTERCÂMBIO

1006

41- Motivo da classe 42-A

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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s), descrito(s) acima, e por mim assinado(s), folheiam realizardo(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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
02/11/2019 / *[assinatura]*

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
05/11/2019 / *[assinatura]*

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
02/11/2019 / *[assinatura]*

53-Data, local e Cópia de Empresa
05/11/2019 / *[assinatura]*