



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

[illegible]

Declaro, que após ler 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

Central.

Dra. Thamires Lagrimante

4011140 SERV. 0001-25

50-Dala, local e Assicuratura con Cirugiă Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cliente
02/10/2014 14.02.49
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
02/10/2014 14.02.49

CNPJ: 14.092.419/0001-25

EPAO / RJ 31-
Municipal: 0521154-9

EPAO / RJ 31-
Municipal: 0521154-9