

2-N^o

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(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.

2. Physical Journal

11-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

01023301 Palud

Cirurgiá Dentista
CRO - PR. 29322

0	1	0	7	2	0	1	2	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Dra. Daniela Carabini
Cirurgia Dentistal
CRO - PR: 2932

04/10/2020