

43-Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
1/11/2019	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1 2 2 , 0 0	0 , 0 0	

ro, 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 ato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), folgarão 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 antes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

servação

Assessor: André Luiz Souza Ramos Edni Barboza Figueira

Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável ____/____/____	53-Data, local e Carimbo da Empresa ____/____/____
--	---	---	---