



2-Nº

348074
AMBO

Dados do Beneficiário

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

AN IDEAL SOLUTION

22-Nome do Contratado Executante30-Tabela 31-Código do Procedimento

44-Tipo de Atendimento

1	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência
---	---------------------------	---------------------	--------------	-----------------------

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.

6Q-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data: local e Assinatura do Cirurgião-Dentista