

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 o custo previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	11/12/11 11/12/11
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	11/12/11 11/12/11
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	11/12/11 11/12/11
53-Data, local e Cambio da Empresa	11/12/11 11/12/11

RICARDO FERRARESI
CD. PERIODONTISTA
CRO-SP 61320