



76667

Dados do Beneficiário

Dados do Contrato Rescindido pelo Titular

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apreendido, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e atuar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima e por mim assinado(s), foram realizado(s), por 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 atuar com os custos conforme previsto em contrato.

Dr. Mayra A. R. Magalhães
 Virgíia Dentista
 CRD-SP 71 108