

2-N



Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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. Deixo, ainda que o(s) procedimento(s), descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observe and

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista-estudante

28/08/20

Sandra da Rocha
Cirurgiã Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

28/08/20

52-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável

28/08/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa

28/08/20

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dato, local e Carimbo da Empresa
 L L / L L / L L

Ujjina Sengia Day Faina Prang