



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

[illegible]

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(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 esse documento, os valores referentes ao tratamento oferecido, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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-Data, local e Carimbo da Empresa
21/10/11	21/10/11	21/10/11	21/10/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/05/2018 Assinatura: _____ _____	12/05/2018 Assinatura: _____ _____

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

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

IR.1 BANY - Radiologia Odontológica Ltda.

06-917982-615/0011-76

The Maritime Medicine