

$\sqrt{.88709}$ 

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, decido e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e acor com os custos previstos em contrato. Decido, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assumido(s), folgarão 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

60-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário	____/____/____ ____/____/____
61-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável	18/03/2021
62-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	18/03/2021 x/Almeida C.
63-Dia, local e Carimbo da Empresa	____/____/____ ____/____/____

Robert C.
Montgomery
Parrish



DRA.

Luiza Prata Cunha

ODONTOLOGIA INTEGRADA | CRO-RJ 45471

Petúcia Leite no Monteiro Rodrigues

Sobrito:

modificação periodontal completa

para fins periodontais e periodontais
na avaliação protética.

22/2/22

Dra. Luiza Prata Cunha
Periodontista
CRO-RJ 45471

☎ 21 96564-3657 @draluizaprata

R. Coronel Agostinho, 76 - Sala 501 - Rio de Janeiro, RJ