



2-Nº

o, 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 to. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 necessários ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

[Assinatura]
Cirurgia Dentista
CRO-RJ 20.672

anexo

<i>[Assinatura]</i> a, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	<i>[Assinatura]</i> 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	<i>[Assinatura]</i> 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	<i>[Assinatura]</i> 53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	--