

2-N^oibserver.dll

que, após ser sua devidamente esclarecido sobre os propósitos, termos, custos e alternativas ao tratamento, conforme acima apresentados, aceito o autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em lei. Declaro, ainda que (6) (procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s)), folio(s) em branco(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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dr. Carlos Eduardo F. Murray
741.544.192-63

Assinatura do Emissor-Dentista Solitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, Local e Carimbo da Empresa