

2-N^o

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a pagar em meu nome e por minha conta, a qualquer tempo, o valor devido, 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, a qualquer tempo, o valor devido, 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, a qualquer tempo, o valor devido, com os custos previstos em contrato.

Silky Odontologia e Saúde Ltda.

Dr. Gabriela A. Durán
CFO - FIC 17568
CFO - FIC 17568

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

51-Datzi, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

Plazares - DEP: 54.310-310

approx 1000 to 1500