



2-No

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acetto 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/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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/8/10 11/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/8/10 11/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/8/10 11/12/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/8/10 11/12/11
Thayara Dayan Souza Atinaí Cador Des Santos			
Dra. Thayara Dayan Cirurgia - Dentista CRÓ-BA 17752			