

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido(a) sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas ao tratamento, conforme consta no procedimento de obtenção do consentimento informado, que fui informado(a) sobre o procedimento a ser realizado, incluindo os riscos, benefícios e alternativas disponíveis, e que estou ciente de que a realização do tratamento proposto é voluntária e que não haverá nenhuma penalidade ou discriminação por não participar do tratamento proposto. 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.

49-Observação

|                                                                                                 |                                                                                     |                                                                                |                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 50-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>[27/10/11] 21/21 <i>Alves</i> | 51-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>[27/10/11] 21/21 <i>Alves</i> | 52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>[27/10/11] 21/21 | 53-Dados, local e Carimbo da Empresa<br>[27/10/11] 21/21 <i>Alves</i> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|

Dra. Luana Waiger de Faria  
 Cirurgiã-Dentista / Odontopediatra  
 CRO-BA - 17756

do Beneficiário / Responsável

211

35-Dados: local e Carimbo do Emporista

27/11/2011 21

Cirurgiã-Dentista/ Odontopediatra

CRO-BA: 17756

Via: Luana Walger de Faria