



## 2-Nº

Declaro, 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 contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados(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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante | 08/10/2012 | 08/10/2012 | 08/10/2012 |
| 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista             | 08/10/2012 | 08/10/2012 | 08/10/2012 |
| 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável     | 08/10/2012 | 08/10/2012 | 08/10/2012 |
| 53-Data, local e Carimbo da Empresa                           | 08/10/2012 | 08/10/2012 | 08/10/2012 |