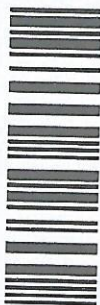




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

417783
INTERC[illegible]

o, 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 do tratamento. 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, ao profissional contratado que assina esse documento, o valor do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11 11:50	Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 11:50	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 11:50	52-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 11:50	Responsável 11/11/11 11:50	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11 11:50
---	---	---	---	--	--