



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-No



475664
INTERCÂMBIO

[illegible]

ro, 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 (s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), folio/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, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

serviço

53-Data, local e Carimbo da Empresa