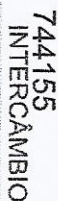


2-N^o

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, 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 agir com os custos previstos em contrato. Declaro ainda que (x) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ões) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo 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 Solitário:

51-Dat. local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário e Responsável

53-Dala, local e Carimbo da Empresa

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante
13/10/21 Estanislau

5.1. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
12/10/21 *[Assinatura]*

53-Datla, local e Carimbo da Empresa

Dra. Estefanía G
Cirujía-Dentista
CROSP 134545