



372263
INTERCÂMBIO

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 condições estabelecidas no contrato. 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 estabelecidos no contrato, conforme previsto em contrato.

Ag-Ohshavarān

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
14/11/2020

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/11/2020

CR0 21205-1 RJ

Esq. O. O. Trabalho