



3

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 a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Queda de curativo. curativo dent 26

50-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		51-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	Dr. Ayr Gonzalez Cirurgião Dentista CRD 61225	52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	Hennique 3905127	53-Dados, local e Carimbo da Empresa	Dr. Ayr Gonzalez - opes Cirurgião Dentista CRD 61225
--	--	--	---	--	---------------------	--------------------------------------	--