

Fürwade, dia 08/10/20

2-N⁺389433
INTERCÂMBIO

31

wire

Q

40

88

□

1

1

1

L

1

1

1

L

1

1

1

pro1

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 e atuar com os custos previstos 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

1

50-Data, local e



Kelly Spaulding

Plus de j'encre

Dr. Clansa Neta
Cirurgia Dentista
CNO/RJ 29.605