

397319
INTERCÁMBIO[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecida sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, assim como o direito de recuar, não comparecer ao tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e atuar com as custas previstas em contrato. Declaro, ainda que o(s) profissional(is) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), furem(em) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome a(s) despesa(s) com meu consentimento, compreendendo-me a assinar esse documento, de acordo com o tratamento realizado, compreendendo-me a assinar com as custas incorridas, desde que em contrato.

16-Cont. Inscrit e Associados de Chiquito-Paraná 26/11/2020 Ana Patrícia S. F. Marques	17-Cont. Inscrit e Associados de Chiquito-Paraná 26/11/2020 Ana Patrícia S. F. Marques	18-Cont. Inscrit e Associados de Jussara-Sul (Paraná) 26/11/2020 Ana Patrícia S. F. Marques	19-Cont. Inscrit e Associados de Jussara-Sul (Paraná) 26/11/2020 Ana Patrícia S. F. Marques
--	--	---	---