



2-No

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 arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante [14/10/11/21] Thayane Dayem Senzo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista [14/10/11/21] Thayane Dayem Senzo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável [14/10/11/21] + Therygiana Siqueira do S.O. Almeida	53-Data, local e Carimbo da Empresa [14/10/11/21] Dra. Thayara Dayan Cirurgiã - Dentista CRO-BA 17752
---	---	---	---