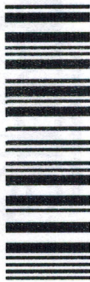




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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) acima, e por mim assinado(s) acima, 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	30/11/09 11:20	1842
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	30/11/09 11:20	1842
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	30/11/09 11:20	X
53-Data, local e Caimbo da Empresa	11/11/11	11