

Kalkulation des 08/10/20

2-N^o

389375
INTERCÂMBIO

49. Observe

Declaramos, que após ter sido devidamente esclarecidos os propósitos, riscos, custos e alternativas de flatamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do flatamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar 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 flatamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante:

15-1-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável:

33-Data, local e validade da impressão

Carissa Net

William Allen R. Seaman

Pro de familia

Dr. Larissa Neto
Cirurgiã Dentista
CR07RJ 29.605