



Uniting diversity to build competitiveness

441753
INTERCÂMBIO[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acetto 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 totais do tratamento realizado, como mencionado, a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

19-06509-2020

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
21/11/2012	21/11/2012	21/11/2012	21/11/2012
Thaynara Souza Thaynara Souza Thaynara Souza Thaynara Souza Fernanda Fabiana Alves da Silva Dra. Thaynara Dayana Cirurgiã - Dentista CRO-BA 17752			