



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-410

447703
INTERCÂMBIO[illegible]

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), coliform 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.

SOLICITO RAIO-X PANORÂMICO IMPRESSO E DIGITAL.

PACIENTE : Gustavo de Lima Bastos

CONVÊNIO DENTALUNI : 00202500008500044001

JUSTIFICATIVA: PARA OBSERVAR POSSÍVEIS RECÍDIVAS DE CÁRIE.



DRA. FERNANDA BUFFARA BUENO
CRO/PR 22380

TELEMACO BORBA 05 DE JANEIRO DE 2020.