

324540
INTERCÁMBIO[illegible][illegible]

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 e Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional tratador que assina esse documento, os valores do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

	Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		Assinatura do Cirurgião-Dentista
		03/10/2010	03/10/2010
		5- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
		03/10/2010	
		5- Data, local e Carimbo da Empresa	
		03/10/2010	
Dra. Daniela Carolini Paludo Cirurgiã Dentista CRO - PR 29322			