

V-7886



Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, custos e alternativas de tratamento conforme acima apresentados, peço e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações de proteção assinante a seguir com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Luiza Prata Cunha

ODONTOLOGIA INTEGRADA | CRO-RJ 45471

Diagnóstico: megalo maxilar

Solista:

Periopericoronário completo para fins protéticos

ano 6/9/21

Dr.^a Luiza Prata Cunha
Periodontista
CRO-RJ 45471