

24



—

49-Observe

O Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima representados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me em cumprir as orientações do profissional assistente e aceitar todas as consequências decorrentes da realização ou não do procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foliar(em) 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 este documento, os valores devidos pelo plano de saúde.

49-Observe

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

Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Dia, ~~Prole~~ o Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Da-9, local e Campos da Empresa

Dr. Wanderson Lopes Avelar de Oliveira
CIRURGIÃO DENTISTA.

D. Wanderson Lopes, Avila de Oliveira
CIRURGIÃO DENTISTA

**LOPES**
ODONTOLOGIA

CNPJ 34.671.405/0001-73