

Ver 3

sa 42. Assinatura

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 Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram 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 de ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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                                                                                                                                   |
| <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> | <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> | <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> | <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> |

|                                                           |                         |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------|
| Nome / Responsável<br><u>Roberto A. Rodrigues de Gêbo</u> | 53-Data, local<br>_____ |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------|

Guilherme Matoso de Faria  
CIRURGIÃO - DENTISTA  
CRO - MG 33031