

784473
INTERCÂMBIO49-Observação

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 (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 contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.



Necessito do(a) Paciente João Marlon Rocha Rosa

Identificação: Dental Uni : 002.025.408657.000688.01

1 Radiografia Panorâmica para Avaliação de Terceiros Molares.

Dra. Priscila S. de Camargo
ORTODONTIA
CRO/PR 18.488

Dra Priscila Silveira
CRO-Pr. 18.488