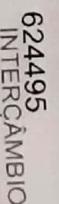


2418

624495
INTERCÂMBIO

a

12-NÚMERO DO CADASTRO NACIONAL DE EMPRESASJAILSON DOROTEU ROCHA

Volume

[illegible]

43-Dia Previsto Término do Tratamento 20/07/21	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência ☐ 1-Total 2-Parcial	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3 4 1 0 1 0	47-Valor Total R\$ 0 1 0 1 0
---	---	--	---------------------------------------	---------------------------------

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 obrigações de pagamento estabelecidas no tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. Declaro, ainda que (o/s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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

27