

2-N⁺

Dados do Beneficiário

ALAN HENRIQUE BARBOSA

20/04/1995

() | | | | | | | | | |

GEISLAINE APARECIDA DE FREITAS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 no contrato. Declaro, ainda que (o/s) procedimento(s), descrição (teórica e/ou por mim assinado/s) (o/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 realizado, comprometendo-me a pagar, com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	10/05/11	20	10/05/11	20	10/05/11	20	10/05/11	20
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	10/05/11	20	10/05/11	20	10/05/11	20	10/05/11	20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	10/05/11	20	10/05/11	20	10/05/11	20	10/05/11	20
53-Data, local e Carimbo da Empresa	10/05/11	20	10/05/11	20	10/05/11	20	10/05/11	20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista