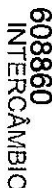


2.0.7



Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Pleno de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, sou eu, o autor e a executora do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e a pagar os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que (a) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim consentido(s) 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, compreendendo a arcas, em os custos conforme previsto em contrato.

48-Obse n a g a c

~~Sigla do local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante~~

54-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52Bq Local e Aventura do Beneficário / R. Romão

53-Da1a, local e Cañito da Empresa