

[illegible]

|                                        |                                                                                  |                        |                    |                   |                                        |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------|-------------------|----------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento | 44-Tipo de Alandimento                                                           | 45-Tipo de Faluramento | 46-Valor Total R\$ | 47-Valor Total US | 48-Total Franquia : Coparticipação R\$ |
| 11/11/11                               | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial      | 174,00             | 174,00            | 0,00                                   |

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 o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), c/c/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 arcar com os custos quando previsto em contrato.

49-Observação

|                                                             |                                                   |                                                         |                                                  |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidante | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa              |
| 12/10/08/2012 <i>Dr. Siqueira C. de Siqueira</i>            | 12/10/08/2012 <i>Dr. Siqueira C. de Siqueira</i>  | 12/10/08/2012 <i>Dr. Siqueira C. de Siqueira</i>        | 12/10/08/2012 <i>Dr. Siqueira C. de Siqueira</i> |

**Dra. Juliana Costa**  
**Cirurgiã-Dentista**  
**00: 41376**