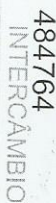


## 2-N



19-Observação: referentes ao pagamento realizado, comprometendo-se a arcar com os custos conforme previsto em contrato. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores previstos no plano de saúde contratado.

AV. PARANÁ FIMTO, 1.020 - SOBR. LULA

53-Dados da Nota e Contínio da Empresa

CRD - 124014