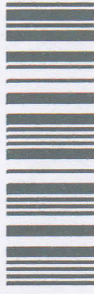




## 2-Nº

407705  
INTERCÂMBIO

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), foi/foram realizado(s) 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 conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. Angela Maria Co  
Cardia - Dentista

50-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Dados, local e Assinatura da Empresa
35/11/20 Amadeu Chaves	35/11/20 Amadeu Chaves	35/11/20 X X X X X X X X	35/11/20

Pauline Vargos Tyoda Pauline Vargos Tyoda