



2-Nº



297560
INTERCÂMBIO

15-**Nome do titular do plano**
ALESSANDRA ALVES CRISTANI

025 -

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

[illegible]

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), 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 conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Soliciante	11/2/10 5/12/01
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	11/2/10 5/12/01
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	11/2/10 5/12/01
53-Data, local e Assinatura da Empresa	11/2/10 5/12/01

Dr. Anderson C. Veloso
Clínica Geriátrica

ES Data | [Local e Contabile da Empresa](#)

ES Date 10/01/00 e Assinatura do Responsável Roberto

24 Date Rec'd or Accepted by the Clerk of the District

50 Dato local e Autendado de Clarendon e Pontifical Collingate