



2-Nº



377654
INTERCÂMBIO

[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, colônio/intercâmbio a cumprir as obrigações de prestação de serviços, conforme estabelecido no presente contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 devidos, conforme estabelecido no presente contrato.

49-Observação

Acetone

U.S. Army Dental School

12-12-12 Dentate Solicitation

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Caiximbo da Empresa

11/11/2023