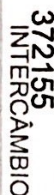


2-N



INE CRISTINA MIGUEL SILVA

26/09/1989

[illegible]

RODRIGO TAVARES LIMA

Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante

MARINA MOREIRA SALVADOR

22-Nome do Contratado Executante	23 na Operadora / CNPJ / CPF
----------------------------------	------------------------------

[illegible]

NA MOREIRA SALVADOR

Tratamiento / Procedimientos Solicitados

31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Régulo	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dias de Realização	41-Método de Gênes	42-Assessoria
---------------------------	--------------	--------------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	--------------------	---------------

[illegible][illegible]

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 . Declaro, ainda que (x1) procedimental(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 já ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Local e Assinaturas do Conselho-Diretoria	5-1-Dia, local e Assinatura do Conselho-Diretoria	5-2-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	5-3-Dia, local e Carimbo de Empresa
  	  	 	

Márcio Moreira Salazar
 Cirurgia - Dentista
 CRD-RJ: 40774
 - Especialista Implantodontia