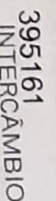


210



49-Observação
Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

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, compreendendo-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) 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-D ~~Attestado de~~ **Câmbio da Empresa**

o da Emomina

~~15130805 Arnold Avenue~~

1511-1512 **Roberto Ríos Ariza de Olivera**

15/10/20 Belo Horizonte

(15) **PDFS**
Horizontal

CIRURGIÃO DENTISTA

CIRURGIÃO DENTISTA

Polina

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY

ODONTOLOGIA

~~CRO-MG 44.322~~

CR0-MG 44.352

CNPJ 34.671.405/0001-73