

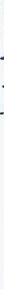
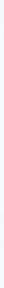
2-N^o2) de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

lario, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento,

Declaro, ainda que (6) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), por meio do presente instrumento, autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, os valores devidos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação

Dr. Carlos G. Miranda E. Maldonado
-74 544.198-5

51-Caixa, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		
51-Caixa, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		
52-Caixa, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		
53-Caixa, local e Carimbo da Empresa	