



of N₂O

Declaro, que após ler 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.

Karinne R. Alves Lima

Karinne R. Alves Lima

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

1-Oato, local e Assinalura do Cirurgiã-Dentista; Curcuiã-Dentista

CRQ 19 167

Virginia DeWitt
520 6140 467

10/11/2011
Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
// *[Assinatura]* // *[Assinatura]*
// *[Assinatura]* //

53-Data, local e Forno da Impressão: 17/01/2010 Pl 3445-9

100

100