

2-N^o

Dados do Beneficiário

13- Nome IVAN BASTOS CANOVAS	13/03/1985	14- Telefone () -	15- Nome do titular do plano IVAN BASTOS CANOVAS
---------------------------------	------------	-----------------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Exatante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código ONES
1 5 6 8 8 5 4 0 8 0 0 1 1	EDMILSON MITTO KAWAGUCHI	53702	SP	

26-Nome do Profissional Executante EDMILSON MITTO KAWAGUCHI	27-Número no CRO 53702	28-UF SP	29-Código CBO S 1110
---	----------------------------------	--------------------	--------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

19-Operação

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 com a realização dos procedimentos necessários para a obtenção dos resultados pretendidos, e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

debecia Leite

NIPQ - BRASILEIRA S/C LTDA.

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/10/2011
[Assinatura]

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/10/2011
[Assinatura]

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/10/2011
[Assinatura]

53-Data, local e Assinatura do Emissor
11/10/2011
[Assinatura]

AV. P. BADA PINTO, 1020 - SOBRALLOJA - SÃO PAULO - SP
C.P. 02611-002