

2-N^o

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 a arcar com os custos previstos no Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), to/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 previstos no tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

വാഴ്ച

local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data: local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável:

1000

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/07/2012
Dr. Fábio de Souza Almeida

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/10/2014 *Gerardo de Almeida*

53-

53-Dados Locais Carimbo da Empresa

RECEBIMOS DO SENHOR DE INTERMUNICADA
R\$ 29.833,24
CNPJ: 06.940.000/0001-11
R. 301, 44
Fazenda do Rio Intercom
Centro - 11.574-2
Tel. 67.11.5742