

[illegible]

43-Data Prescrição Termino do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Atendimento	46-Total Consultas - US	47-Valor Total R\$	48-Total Remun. Cb-participação R\$
12/11/2014	☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	☐ 1-Total 2-Parcial	144100	0000	0000

Declaro, que após ler sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente a arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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.

48-Obesidade	50-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/11/2011 [Assinatura]
	51-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/2011 [Assinatura]
	52-Dado local e Assinatura do Generalista / Responsável [Assinatura]
	53-Dado local e Cópia da Empresa 24/11/2011 [Assinatura]

Dr. Paulo Lins J. Baptista
Cirurgia Dentista
CRO-MG 53.087