

49-Observação

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, 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), 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 previstos no tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

|                                                                |                                                    |                                             |                                         |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 50-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante | 50-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista | 50-Dados, local e Assinatura do Generalista | 50-Dados, local e Assinatura da Empresa |
| 12/11/01/11/21 Helena Sucupira                                 | 12/11/01/11/21 Helena Sucupira                     | 12/11/01/11/21, 2007                        | 12/11/01/11/21                          |

Dra Helena Sucupira  
Cirurgião - Dentista  
CRM/PA 1673

|                                                                |                                                    |                                             |                                         |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 50-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante | 50-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista | 50-Dados, local e Assinatura do Generalista | 50-Dados, local e Assinatura da Empresa |
| 12/11/01/11/21 Helena Sucupira                                 | 12/11/01/11/21 Helena Sucupira                     | 12/11/01/11/21, 2007                        | 12/11/01/11/21                          |

Dra Helena Sucupira  
Cirurgião - Dentista  
CRM/PA 1673