



2-No

[illegible]

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, conforme acima apresentado(s), por mim assinado(s) acima, e por mim autorizado(s), fui/oram 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista e do paciente

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Espetacularmente

50-Data, local e Assinatura do Dirigente Dentário	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
---	---	---

50-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
--	---	---	---

[illegible][illegible]

REC'D
MAY 22 1964
U.S. AIR FORCE