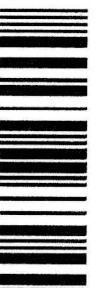


2-Nitro

533721
INTERCÂMBIO533721
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de Saúde

DE M... de ...

BRUNA FERREIRA SOARES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

025 -

Faturar Empresa

38839

38839

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

11

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 Declaração, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tol(er)an real(iz)ado(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 no contrato.

49-Observação

53-Data, local e Carimbo da Empresa

S. F. monogus

S. F. Morgan

concerns

~~Alfredo S. J. Morales~~
~~Chirurgia-Dentista~~
CRN 0076-0000