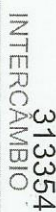


2-N₂

INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira

10

NA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

[illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orodonia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 2 6 6 0 0	47-Valor Total R\$ 02102225,9000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 44
---	---	--	---	-------------------------------------	---

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 seguintes condições: o) pagar os valores previstos em tabela de honorários profissionais, compreendendo-me a arcar com os custos previstos em contrato; Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto no formulário.

CELIA NEA DEBORA LOBO

49-Observação

RÍPO-BRASILEIRA S/C. LTDA.

NY 62-104670-1020 - SOBRECITO

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

Substância: Garimbo da Empresa
Código: 0254

771091172

11/10/2011

[illegible]

11/06/75