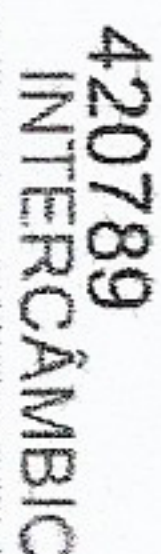


2-Nitro



Changes to Beneficiaries

13-Homê	GRAZIELE BARCELOS GOMES	02/07/1998
14-Telefôn	() - - - - - - - - - -	
15-Noma da Ilulatr do plano	GRAZIELE BARCELOS GOMES	

21-Código da Operação / CNPJ / CPF	1167161853167710111
22-Nome do Contratado Executante	PAMELA THAIS TOLEDO ANDRADE
23-Número no CRO	8301
24-UF	ES
25-Código CNIES	

26-Nome do Profissional Exercente	PAMELA THAIS TOLEDO ANDRADE		
27-Número no CBO	8301	28-UF	ES
29-Código CBO S			

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados										
30-1-Abela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Diário

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][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, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tenha(m) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, Deixiro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tenha(m) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória.

referências no Itaipemto realizado, comprometendo a atical dcm os custos conforme previsto em contrato.

[illegible]

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	12/3/NOV/2020	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	12/3/NOV/2020	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	12/3/NOV/2020	
53-Data, local e Carimbo da Empresa	11/11/11	