



1904106
INTERCÂMBIO

19- Observação: Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-se aí os custos conforme previsto em contrato.

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário

i-Data, local e Carimbo da Empresa

卷之三