

2-N^o1674960
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira

audé

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

[illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento	02/11/11
44-Tipo de Atendimento	☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otorrinolaringologia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento	☐ 1-Total 2-Parcial
46-TOTA CATERGUAZUE U.S	1144,00
47-TOTA TONOTONE	0,00
48-TOTA TONOTONE	0,00
49-TOTA TONOTONE	0,00
50-TOTA TONOTONE	0,00
51-TOTA TONOTONE	0,00
52-TOTA TONOTONE	0,00
53-TOTA TONOTONE	0,00
54-TOTA TONOTONE	0,00
55-TOTA TONOTONE	0,00
56-TOTA TONOTONE	0,00
57-TOTA TONOTONE	0,00
58-TOTA TONOTONE	0,00
59-TOTA TONOTONE	0,00
60-TOTA TONOTONE	0,00
61-TOTA TONOTONE	0,00
62-TOTA TONOTONE	0,00
63-TOTA TONOTONE	0,00
64-TOTA TONOTONE	0,00
65-TOTA TONOTONE	0,00
66-TOTA TONOTONE	0,00
67-TOTA TONOTONE	0,00
68-TOTA TONOTONE	0,00
69-TOTA TONOTONE	0,00
70-TOTA TONOTONE	0,00
71-TOTA TONOTONE	0,00
72-TOTA TONOTONE	0,00
73-TOTA TONOTONE	0,00
74-TOTA TONOTONE	0,00
75-TOTA TONOTONE	0,00
76-TOTA TONOTONE	0,00
77-TOTA TONOTONE	0,00
78-TOTA TONOTONE	0,00
79-TOTA TONOTONE	0,00
80-TOTA TONOTONE	0,00
81-TOTA TONOTONE	0,00
82-TOTA TONOTONE	0,00
83-TOTA TONOTONE	0,00
84-TOTA TONOTONE	0,00
85-TOTA TONOTONE	0,00
86-TOTA TONOTONE	0,00
87-TOTA TONOTONE	0,00
88-TOTA TONOTONE	0,00
89-TOTA TONOTONE	0,00
90-TOTA TONOTONE	0,00
91-TOTA TONOTONE	0,00
92-TOTA TONOTONE	0,00
93-TOTA TONOTONE	0,00
94-TOTA TONOTONE	0,00
95-TOTA TONOTONE	0,00
96-TOTA TONOTONE	0,00
97-TOTA TONOTONE	0,00
98-TOTA TONOTONE	0,00
99-TOTA TONOTONE	0,00
100-TOTA TONOTONE	0,00

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 contrato. Declaro, ainda que (c)is) procedente(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ou)ram 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 Coordenador de Beneficiários	02/11/2011 Dra. Ana Carolina Dentista
51 - Data local e Assinatura do Gerente de Dentista	02/11/2011 Dra. Ana Carolina Dentista
52 - Data local e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	02/11/2011 Dra. Ana Carolina Dentista
53 - Data local e Carimbo da Empresa	02/11/2011 Dra. Ana Carolina Dentista

CRO-DA Zrboe