



2-Nº



-Data Validade da Senha
12/8/11 12:12:01

386219
INTERCÂMBIO

025 - Faturar Empresa

Enviar - RX
(I) 85100226
(I) 85100218
(I) 85100218
(I) 85100200

46-Total Cantidad / IS

47. Value Total BS

19-Total Eranilla / Co-participación P\$

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 o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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.

19-Observations

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	19/01/2011	19/01/2011	19/01/2011
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	19/01/2011	19/01/2011	19/01/2011
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/ Responsável	19/01/2011	19/01/2011	19/01/2011
53-Data, local e Caminho da Empresa	19/01/2011	19/01/2011	19/01/2011