



2-№



362399
INTERCÁMBIO

[illegible]

13 Data	Previsão	Termino do Tratamento	44- Tipo de Alandimento ☐ 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45- Tipo de Faturamento ☐ 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidade US 1 2 3 3 1 0 0	47- Valor Total R\$ 1 1 0 1 0 0	48- Total Franquia / Co-participação R\$ 1 1 0 1 0 0
---------	----------	-----------------------	--	---	--	------------------------------------	---

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 no 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 em contrato.

9-Observação

02-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/11/2022 Dr. Luis Augusto Dentista CRO-RJ - 2714	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/2022 Dr. Luis Augusto Dentista CRO-RJ - 2714	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/2022 M.	53-Data, local e Assinatura da Empresa 16/11/2022
---	---	---	--