

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

442

[illegible]

4) Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 0 7 5 2 3 0 3	4) Afiliado POS REDE PRESTADORA
13) Nome GUILHERME ALVES SANTIAGO 28/06/2013	14) Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA
15) Nome do titular do plano (1 1 1) 2 8 5 6 4 7 6 5	16) Data de validade da Carteira / /
17) Nome do titular do plano VANESSA ALVES SANTIAGO	18) Número do Cartão Nacional de Saúde

[illegible][illegible]

Declaro, que após ler todo documento apresentado sobre os produtos, (dado, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados), aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me sempre as obrigações do profissional assistente e atuar com os custos previstos em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, de valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a atuar com os custos assumados, (foram realizados) 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, de valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a atuar com os custos assumados, (foram realizados) 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, de valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a atuar com os custos assumados, (foram realizados) com meu consentimento e de forma satisfatória.

4900286

[illegible]

Dra. Grazielle S. Sgalla
Dentista - Cirodontista
C.R.O SP 126704