

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

12



**INTERCÂMBIO**  
**353130**

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissao da Guia <u>07/10/2018/1210</u>	4-Data de Autorização <u>07/10/2018/1210</u>	5-Senha <b>AUTORIZADO</b>	6-Número da Guia Principal 50182400	7-Data Validade da Senha <u>05/11/2018/1210</u>
--------------------------	---	---	------------------------------	--	--

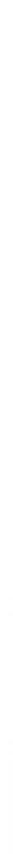
J  
INTERCÂMBIO 353130

- 6 -

10  
11  
12  
**Oliver**

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme a actina apresentada, 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(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.

49-Observaçāo

51-Data, local e Assinatura do Crlvngão-Dentista Solicitante <b>3009150</b> 
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável <b>3009150</b> 
53-Data, local e Cântime da Empresa <b>3009150</b> 

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

Moral

BIOLOGY