

2-N^o

340007
INTERCÂMBIO

340007
INTERCÂMBIO

GUIA

CONCLUDED

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

U1A

182

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados[illegible]

3-Total Franquia / Co-participação R\$ _____, _____

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecidos 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(são) 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

1000

1) Beladung der Silber Kammer