

2-N-7

431418
INTERCÂMBIO

ude

1000

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados[illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento	
44-Tipo de Atendimento	☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontodonía 4-Urgência Emergência
45-Tipo de Faturamento	☐ 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US	
47-Valor Total R\$	
48-Total Franquia / Co-participação R\$	

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 a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores previstos no tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Dado, local e Carimbo da Empresa
10/3/11 20/12/10 [Assinatura]	10/3/11 20/12/10 [Assinatura]	10/3/11 20/12/10 [Assinatura]	11/11/11

Dra. Kely Mourão Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 14.174

Dra. Kelly Mourão Aguiar
Cirurgiã-Dentista
CRO-AM 4114

Faint Williams before the Lord.