



-Data Validade da Senha

755233
INTERCÂMBIO[illegible]

43-Data Prescrição	Mês/Ano/Dia	10/2017
44-Tipo de Atendimento	1-Urgência/Emergência	1
45-Tipo de Atendimento	1-Total 2-Parcial	1 3 1 0 1 0
46-Total Quantidade U\$		1 1 8 3 1 0 1 0
47-Valor Total R\$		1 0 1 0 1 0
48-Total Franquia / Co-participação R\$		1 0 1 0 1 0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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), 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-Observación

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Círculo da Empresa
16/13/11/19/12/11	16/13/11/19/12/11	16/13/11/19/12/11	16/13/11/19/12/11
<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>

Dr. Leandro Cavalheiro Passaro
Cirurgião Dentista

CRO-SP 102.624