

# GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO



359681  
INTERCÂMBIO

025 - Faturar Empresa

Declaro que sou o/so titular/encarregado dos propostos, meus, custos e alternativas de tratamento, conforme Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s) foi(s)am 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, compreendendo-me e atrela com os custos conforme previsto em contrato.

## Conclusions

Deutsche Gesellschaft für Angewandte Geographie (DAG)

22-0022. ICAL e Assinatura do Beneficiário Responsável

53-Dados locais e Carimbo da Empresa

© 1999 by American Psychological Association  
0893-3200/99/\$12.00  
DOI: 10.1037/0893-3200.13.1.101

UNION 26.455

Dr. Ashraf S. Jordan, M.D.

CMOSF 36.455