



358667
INTERCÂMBIO

DOUGLAS FABIANO AZZONI

do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante

PAULA CRISTINA MARQUES PONIÉS

22-Nome do Contratado Executante	Código na Operadora / CNPJ / CPF

[illegible]**Nome do Profissional Executante**3 de Tratamiento / Procedimientos Solicitados31-Código do Procedimento32-Descrição33-Dente/Região34-Fac3536-Quantidade US37-Vaio38-Franquia/Co-participação R\$39-AU40-Data de Realização

41- Motivo da Glosa 42-Assinatura

Quesada

[illegible]

lato, 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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e acatar com os custos previstos em lei. 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-se a acatar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação

Parada a Guia de temporaria para definitiva

Paula C. A. Pontes
Cirurgiã Dentista
CRMSP 7.173/92