

516381
INTERCÂMBIO

16-Endereço a 2º N	17-Nome do "Patrono" Social	18-Número no CNP	19-UF	20-Código CBO S
N	WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA	44352	MG	

025 -
Faturar Empresa

30-Tela	31-Código do Percentual	32-Descrição	33-Dente Regão	34-Face	35-Cor	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fração/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Acentuação
100	820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	37	1	7	300	0,00	5113,00	125			

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 (s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), folio/am realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo 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.

Digitalizado com CamScanner