

2-N^o590410
INTERCÂMBIO

ude

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

[illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento	
44-Tipo de Atendimento	☐ 1-Tratamento Otorrinológico 2-Exame Radiológico 3-Otorrondia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento	☐ 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US	
47-Valor Total R\$	
48-Total Fratura / 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(s) 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 no contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: <u>Dr. Carlos Roberto de Almeida</u> Cirurgião Dentista CRO - 3581 - PE	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Cirurgião Dentista CRO - 3581 - PE	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável <u>Dr. Carlos Roberto de Almeida</u>	53-Data, local e Característica Expressa <u>Dr. Carlos Roberto de Almeida</u>
---	--	---	--