

2-N^o

INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Numero da Carteira

RIGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

414 - Faturar Empresa

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

Conte de Nostalgia

1º - Memória da Classe "Nostalgia"

S O G Z A H
S O G Z A H
S O G Z A H
S O G Z A H
S O G Z A H

43-Data Previsão Término do Tratamento

47-Valor Total 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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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-Observação

Paciente expandido

50-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

53-Data local e Carimbo da Empresa