

2-Nitro



INTERCĂMBIO

INTERCĂMBIO

Dados do Beneficiário

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Norm

DAVID CESAR WILLAMES VIEIRA FERREIRA

18/12/1985

DAVID CESAR WILLAMES VIEIRA FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

3	1	1	3	5	7	4	2	8	5			
GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA												

26-Nome do Profissional Executante

GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA

27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
122986	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

[illegible]

29/08/2023

48-Total Franquia / 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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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

Dr.^a Gisele Cristina Lima da Luissaca
Cirurgiã Dentista

~~CR07-0122986~~