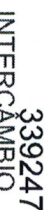


2-Na



INTERCĂMBIO

Dados do Beneficiário

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

VIVIANIA SA TELES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

025 - Faturar Empresa

23-Número no CRO 122986	24-UF SP	25-Código CNES
----------------------------	-------------	----------------

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

4-valor total R\$	40-valor 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 e contrarieto. 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 quando previsto em contrato.

49-Observação

D^a. Cristine Cristina Moura Massaccesi
Cirurgiã Plástica