

430319
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
705102401376970

13-Name

15-Nome do titular do plano
MARCO ANTONIO NOGUEIRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

801 - Faturar Empresa

25-Código CNEC

26-Nome do Profissional Executante

29-Código CBO S

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

08/08/2020

Declaro, ainda que (s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), for(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

Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Cópia da Empresa
03/11/2012 <i>Carina S. L.</i>	10/3/11 <i>Carina S. L.</i>	10/3/11 <i>Carina S. L.</i>
Ane Lins S. V. Silva	<i>Dr. Lourival Oliveira</i>	<i>Rio de Janeiro</i>

Dra. Clarissa Nogueira
Cirurgia Dentista
C.R.O. 29605