

2-N<sup>o</sup>

348584

INTERCAMBIO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde  
700203469439624

13-Nome do titular do plano  
**CARLA GRANEIRO LACERDA**

#### Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

801 - Faturar Empresa

23-Código CNEC

2/-Numero no CRO	28-07	25-Código CBO S
37194	RJ	

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados[illegible]

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 acata com os custos previstos no contrato. Declino, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), com meu consentimento e de forma caltatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a acata com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

53-Data, local e Carimbo da Empresa