



2-Nº

306278
INTERCÂMBIO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
704002890264367

8-Número da Carteira	0	0	3	7	9	9	9	4	0	6	4	1	8	7	5	9										
13-Nome	MURILLO DO NASCIMENTO SATT																									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																										
16-Adendimento a RN	N																									
17-Nome do Profissional Solicitante	HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATOS																									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	0																7	1	0	6	9	7	6	7	8	4
22-Nome do Contratado	HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATOS																									
26-Nome do Profissional Executante	HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATOS																									

[illegible]

43-Data Previsão	Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
12/10/13		☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	☐ 1-Total 2-Parcial	26200	26200	000

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.

[illegible]

CRO RJ - 26384
Cirurgia - Dentista
a. Helena Moutinho

[illegible]