

can
can

379880
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de Saúde

ANDRESSA GUIMARAES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

025 -25-Código CNES-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Conteúdo do Procedimento	37-Vaior	38-Franquia/Co-participação R\$	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
32-Desatado	39-Ant	40-Data de Realização		
33-Valorregiao				
34-T-ace				
35-Cid				
36-Quantidade US				

[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 arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (voluntariamente) 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, compondo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	06/11/2017	Marcelo de Sá
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	06/11/2017	Marcelo de Sá
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	06/11/2017	Paula de Sá
53-Data, local e Carimbo da Empresa	06/11/2017	July Anne Medeiros da Silva Cirurgião-Dentista CRO 43407