

569085
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

JORGE PAIM LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Faturar: Empresa

22-Nome do Contratado Executante
RODRIGO SOUZA M.

Enviar - F
(1) 85100200

29-Código CBO SPlano de Tratamento / Procedimentos Solicitados[illegible]

Declaro que sou devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos e alternativas ao tratamento, conforme acima apresentados, aceito a autoria da execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Deixo ainda aqui posicionamento(s) desfavorável(is), indicando o tratamento por meio eletrônico e a preferência a pagar em moeda nacional, de acordo com o profissional contratado, que assina esse documento, em nome dos dependentes do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

10/06/21

CR0-BA 21.398

CRO-BA 21.398