



1161885

INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 9 9 9 2 7 0 0 0 0 1 0 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / / / /		12-Número do Cartão Nacional da Saúde	
13-Nome LAUDICEIA GOMES DE SOUZA		14-Telefone () - - - -		15-Nome do titular do plano LAUDICEIA GOMES DE SOUZA		16-Data de Nascimento / /		17-Data de Emissão / /	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FELIPE FERREIRA DE CASTRO										18-Número no CRO 20369	19-UF SC	20-Código CBO S	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13 2 8 7 3 2 0 3 0 0 0 1 8 9										22-Nome do Contratado Executante DENTAL MED CLINICA INTEGRADA LTDA		23-Número no CRO 20369	24-UF SC	25-Código CNES 2925699
26-Nome do Profissional Executante FELIPE FERREIRA DE CASTRO										27-Número no CRO 20369	28-UF SC	29-Código CBO S		

[illegible][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), foi/foram 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

Dr. Felipe Ferreira
CRO-SC 20.369

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
28/10/22 Felipe Ferreira de Castro	28/10/22 Felipe Ferreira de Castro	28/10/22 Felipe Ferreira de Castro	28/10/22