

2-N^o890454
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
EDINALDO SILVA DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

025 - Faturar Empresa

23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES
--------------------------	-------------	----------------

27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
8958	BA	

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados[illegible]

43-Dia Previsto 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\$
25/11/2014	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otorrinolaringologia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	140,00	0,00	

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.

49-Observação

54-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	25/10/2012 <i>[Assinatura]</i>
51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	25/10/2012 <i>[Assinatura]</i>
52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	20/10/2012 <i>[Assinatura]</i>
53-Data local e Carimbo da Empresa	25/10/2012

Dr.ª Vanessa N. Santos
Cirurgiã - Dentista
CRO-BA: 23026

Dr.^a Vanessa N. Santos
Cirurgiã - Dentista
CRO-BA: 23026