

1975294
INTERCÂMBIO

8 Número da Carteira	000202508989900041501
9 Plano	POS REDE PRESTADORA
10 Empresa	WEILLER CONSTRUCAO CIVIL
11 Data Validade da Carteira	1/1/11
12 Número do Cartão	

13 Nome	RUAN LUCAS DA SILVA BUENO
14 Telefone	18/02/2002
15 Nome do titular do plano	RUAN LUCAS DA SILVA BUENO

União do Contrando Responsável pelo Tratamento	
16- Atendimento a RN N	17- Nome do Profissional Solicitante JULIANA MOREIRA BILINSKI LEITE
18- Número no CRO 19798	
19- UF PR	20- Código CBO S
025 - Faturar Empresa	

2-Código na Operadora CNPJ - CPF	0	4	5	5	4	5	0	3	9	0	9											
22-Nome do Contratado/Executante	JULIANA MOREIRA BILINSKI LEITE																					
23-Número no CRO	19798																					
24-UF	PR																					
25-Código CNES																						
Enviar - RX	(1) 81000405																					

[illegible]

2.

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$
05/08/2014	1-Tratamento Clínico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Irradiação Eletromagnética	1-Total 2-Parcial	7800	0

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. 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, o valor de R\$ _____ (_____) para a realização do tratamento.

30 Data, local e assinatura do Candidato Eleitoral 10/5/10 8/12/11	30 Data, local e assinatura do Candidato Eleitoral 10/5/10 8/12/11	30 Data, local e assinatura do Candidato Eleitoral 10/5/10 8/12/11	30 Data, local e assinatura do Candidato Eleitoral 10/5/10 8/12/11
---	---	---	---