

2-N^o1450991
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
CAMILA FRANCISCO PINTO DE AVILA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

025 - Faturar Empresa

22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
MM RAI0 X RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA	8307	SC	6725236

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-U/F	29-Código CBO S
MARIANA FERREIRA MEDEIROS	8307	SC	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

[illegible]

Handwriting practice sheet for the letter 'L'. The sheet contains 15 rows, each starting with a number (2-15) and a dashed 'L' for tracing. Each row is followed by a solid 'L' and a series of dashed 'L's for tracing. The rows are numbered 2 through 15, with the first row being the top row and the 15th row being the bottom row.

43-Data Prevista Término do Tratamento	/ /
44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	☐ *
45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	☐
46-Total Quantidade US	381,00
47-Valor Total R\$	0,00
48-Total Franquia / Co-participação R\$	

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 no 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

IM PAIO-X - Radiologia Odontológica Ltda.

CNPJ 07.862.615/0001-76

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	12/3/10 5/12/31
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	12/3/10 5/12/31
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	12/3/10 5/12/31 <i>[Assinatura]</i>
53-Data, local e Carimbo da Empresa	12/3/10 5/12/31

Responsável Técnica - CRD 8307

Responsável Técnica - CRO 8307