



212

917518

INTERCÂMBIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número na CRC	19-UJ
N	FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO	41529	RJ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		23-Número no CRO	24-UJ
1115381650762111		41529	RJ
22-Nome do Contratado Executante		25-Código CNES	
FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO			
26-Nome do Profissional Executante		27-Número na CRC	28-UJ
FABIANE FERNANDA DO CARMO MELO		41529	RJ
		29-Código CBO S	

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados																	
30-Tabula	31-Código do Procedimento					32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moivo da Glusa	42-Assinatura	
1-	0	0	8	1	0	0	0	3	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA							
2-																	
3-																	
4-																	
5-																	
6-																	
7-																	
8-																	
9-																	
10-																	
11-																	
12-																	
13-																	
14-																	
15-																	
43-Data Prescrição 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 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 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.

[illegible]