

2-N⁺454482
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

MICHELLE REGINA DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Faturar Empresa

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

48- Total Franquia / Co-participação R\$ _____, _____

devidos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. Deixado, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foliofram 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

53-Data, local e Carimbo da Empresa