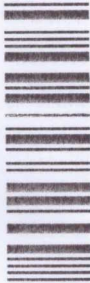


2-N°

398631
INTERCÂMBIO

398631 INTERCÂMBIO		7-Data Validade da Senha 1 1 7 1 0 1 1 1 2 1		6-Número da Guia Principal 7969531		5-Senha AUTORIZADO		4-Data de Autorização 1 2 0 1 1 0 1 2 0 1		3-Data de Emissão da Guia 1 1 9 1 1 0 1 2 0 1		2-Data de Autorização 1 2 0 1 1 0 1 2 0 1		1-Data de Emissão da Guia 1 1 9 1 1 0 1 2 0 1	
Beneficiário															
12-Número do Cartão Nacional de Saúde															
11-Data Validade da Carteira															
15-Nome do titular do plano ELAINE MAIDANA DA SILVA															
19-UF RS															
20-Código CBO S 09															
25-Código CNES															
29-Código CBO S															
38-Franquia/Co-participação R\$															
39-Aut															
40-Data de Realização															
41-Motivo da Glisa 42-Assinatura															
46-Total Quantidade US															
47-Valor Total R\$															
48-Total Franquia / Co-participação R\$															

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 Declaração, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, por mim assinado(s), tenham realizado(s), fui/foram realizado(s), fui/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 do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

vacão

DentalDoc

Diagnóstico por Imagem
Marcelo Martini Vianna EIRELI
CNPJ: 30249050/0001-78