

2-N



306295
INTERCÂMBIO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
700009400911607

15-Nome do titular do plano
CAROLINE DE SOUZA JUNGER

conservável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante
CLINICA ODONTO F

22-Nome do Contratado Executante
KYRIA SPYRO SPYRIDES

27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
15486	RJ	
		(I) 81000421-
		(I) 81000421-

Sedimentos Solicitados

[illegible]

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), ação, 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 que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	14/11/2020	51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	14/11/2020	52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	14/11/2020	53-Dado, local e Cópia da Empresa	14/11/2020
Clínica Odonto		Clínica Odonto		Clínica Odonto		Clínica Odonto	
Radiológica Copa 500		Radiológica Copa 500		Radiológica Copa 500		Radiológica Copa 500	

CRO RJ 287

CRO RJ 287