

2-N^o313357
INTERCÂMBIOINTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

MARIA APARECIDA ANTUNES DA COSTA CATENA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100200

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados:

[illegible][illegible]

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Fracionl	46-Total Quantidade US\$ 5 1 0 0 0	47-Valeor Total R\$ R\$ 9.400,00	48-Total Franquia / Cop-participação R\$ R\$ 0,00
---	--	---	---	-------------------------------------	--

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 seguintes obrigações: pagar os valores previstos em contrato, Declaro, ainda que (s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), folio(s) em anexo, com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, o profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos previstos em contrato.

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

MIPO - BRASILERA S/C. LTDA.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/11/2016 11:20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/2016 11:20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/2016 11:20

Sede: Local e Campo da Empresa
11/11/2016 11:20 - SARELIMA

CEP 02511-002

SP ~~44-1110~~ SP