

2-N₂503015
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
ADRIANA SILVEIRA DA SILVA DE PAULA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

20-Código CBO S	025 -	Faturar Empresa
-----------------	-------	-----------------

25-Código CNES

29-Código CBO S	(I) 85100200
-----------------	--------------

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

9. 62. semester	1. <u>proctine</u>
	2. <u>horacine</u>
	3. <u>horacine</u>
	4. <u>horacine</u>
	5. <u>horacine</u>
	6. <u>horacine</u>
	7. <u>horacine</u>
	8. <u>horacine</u>
	9. <u>horacine</u>
	10. <u>horacine</u>

participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas ao 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), folgram 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.

10

52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 08/11/14 Paroline