



415596

INTERCÂMBIO

16-Alendramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS	18-Número no CRO 19222	19-UF BA	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 1 6 2 2 2 6 1 9 5 0 1 6 1 1 1	22-Nome do Contratado / Executante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS	23-Número no CRO 19222	24-UF BA	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS		27-Número no CRO 19222	28-UF BA	29-Código CBO S

43-Data Previsão Fim do Tratamento 6/3/11	44-Tipo de Atendimento 2	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 183,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	-----------------------------	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito 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), 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
14/11/2014 Dra. Aline Monteiro Cirurgiã - Dentista	14/11/2014 Dra. Aline Monteiro Cirurgiã - Dentista	14/11/2014 Agnes Dade Cirurgiã - Dentista	14/11/2014