



2-Nº

342958
INTERCÁMBIO

8. Número de Carteira

13. Número do Cartão Nacional de Saúde

15- Nome do titular do plano
MONICA FIGUEIREDO DA COSTA PELEGRINO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
0181000421-

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

[illegible]

43-Data Previsão	Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11	11/11	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1 2 1 0 0	0 0 0 0	

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 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.

48-Observação

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
03/07/2019	03/07/2019	03/07/2019	03/07/2019	03/07/2019