

375502
INTERCÂMBIO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
709800012475492

15-**Nome do titular do plano**
BRUNA SIQUEIRA ROCHA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

801 - Estudar Empresa

Enviar - RX
(I) 81000405

(I) 81000421

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

00-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frequência/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glósa	42-Assinatura
-----------	---------------------------	--------------	-----------------	----------	--------	------------------	----------	-----------------------------------	--------	-----------------------	---------------------	---------------

[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 ancar com os custos previstos anteriormente. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a ancar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

pedido anexado uma aplicação de que online no campo: "incluir imagem"

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	57-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11	11/10/11 K.S.	11/10/11 Bene. J. Batista	11/10/11 Radiológica Copa 500