

418250
INTERCÂMBIO

Dado do Contratado Responsável pelo Tratamento		025 - Faturar Empresa	
16-Almôndimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF
N	DENTCLINIC	29605	RJ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		23-Número no CRO	24-UF
12768510814		29605	RJ
22-Nome do Contratado Executante		25-Código CNES	
CLARISSA DE SOUZA NETO			
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO	28-UF
CLARISSA DE SOUZA NETO		29605	RJ
		29-Código CBO S	
		03	

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 arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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
16/11/10 Cláudio Sudo	16/11/10 Cláudio Sudo	16/11/10 Cláudio Sudo	16/11/10 Rodolfo Junior