

485254
INTERCÂMBIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Alimentação e RN		17-Nome do Profissional Solicitante							
N		HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS							
10 7 1 0 1 6 9 7 6 7 8 4		22-Nome do Contratado Executante							
		HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS							
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO							
HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS		26384							
		24-UF		25-Código CNLES		26-UF		29-Código CBO S	
		RJ				RJ			
		18-Número no CRO		19-UF		20-Código CBO S		025-Faturar Empresa	
		26384		RJ					

[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 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.

49-Observação	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	12/10/2012 11/10/12
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	12/10/2012 11/10/12
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	12/10/2012 11/10/12
53-Data, local e Endereço da Empresa	12/10/2012 11/10/12

MONTAUDO