

**Jo Beneficiário**

**CIARA RIBOREDO PEREIRA**

24/06/1963

(12)

9928-8728

**JUCIARA RIBO**

DO PEREIRA

\_\_\_\_\_

|                                                                                  |                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <p>3o Contrato Respostas pelo Tratamento</p>                                     |                                              |
| <p>17 Nome do Profissional Solicitante</p> <p><b>ELIANE BISPO DE ALENCAR</b></p> | <p>18- Número no CRO</p> <p><b>16512</b></p> |
| <p>19-UF</p> <p><b>RJ</b></p>                                                    | <p>20- Código CRO S</p> <p><b>025 -</b></p>  |
| <p>Faturar Empresa</p>                                                           |                                              |

22-Nome do Contratado Executante  
ELIANE BISPO DE ALENCAR

**JOÃO BISPO DE ALENCAR**

[illegible][illegible][illegible]

o, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme agenda apresentadas, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos, incluindo, mas não se limitando a, honorários, materiais, medicamentos, exames, procedimentos, etc. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os honorários e custos do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

|                                                         |  |                                                   |                                                           |                                      |
|---------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 3- 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 Cartório da Empresa |
|                                                         |  |                                                   |                                                           |                                      |