



344883
INTERCÂMBIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		025 -		Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S	Enviar - RX
N	SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	112913	SP		(I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
01811529191660111	SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	112913	SP		(I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S	(I) 85100200
SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA		112913	SP		

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 previstos em contrato.

48- Observação					
50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	25/10/2017	1729129	Dr. Sérgio T. Martins - Dentista	25/10/2017	1729129
51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	25/10/2017	1729129	Dr. Sérgio T. Martins - Dentista	25/10/2017	1729129
52- Data, local e Assinatura do Especialista / Responsável	25/10/2017	1729129	Dr. Sérgio T. Martins - Dentista	25/10/2017	1729129
53- Data, local e Carimbo da Empresa	25/10/2017	1729129	Dr. Sérgio T. Martins - Dentista	25/10/2017	1729129