

[illegible]

2-Nº

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-UF		20-Código CBC S	
N		GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		111393		SP		025 -	
16-Atendimento a RN		22-Nome do Contratado Executante		23-Número no CRO		24-UF		Faturar Empresa	
10 4 8 5 3 6 7 7 8 5 2		GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		111393		SP		Enviar - RX	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		27-Número no CRO		28-UF		25-Código CNES		(F) 86200140-14	
26-Nome do Profissional Executante		111393		SP		25-Código CBC S		(I) 81000421-	
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ									

[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) aqui e/ou num assinado(s), foi(ram) 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 previstos em contrato, comprometendo-me a arcar com os custos previstos em contrato.

48-Observação	DR GREGOLIO CRC 018 536 778-52	DR GREGOLIO CRC 018 536 778-52	DR GREGOLIO CRC 018 536 778-52
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	13/10/20	13/10/20	13/10/20
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	13/10/20	13/10/20	13/10/20
52-Div., local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	13/10/20	13/10/20	13/10/20
53-Data, local e Carimbo da Empresa	13/10/20	13/10/20	13/10/20