



326949
INTERCÁMBIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Alteramento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-UF		20-Código CBO S	
N		MARILENE MOREIRA CUNHA		8132		RJ			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante		23-Número no CRO		24-UF		25-Código CINES	
145716103817168		MARILENE MOREIRA CUNHA		8132		RJ			
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO		28-UF		29-Código CBO S			
MARILENE MOREIRA CUNHA		8132		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.

48-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário	53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/10/19 11:20 <i>Marilene Moreira Cunha</i>	11/10/19 11:20 <i>Marilene Moreira Cunha</i>	11/10/19 11:20 <i>Marilene Moreira Cunha</i>	____/____/____

Dra. Marilene Moreira Cunha
 ORTODONTIA E ODONTOPEDIATRIA
 CRO/RJ 8132