

478716
INTERCÂMBIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Atendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-JUF		20-Código CBO S	
N		ODONTOIMAGEM		8307		SC		09	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante		23-Número no CRO		24-JUF		25-Código CNES	
10418181248947		MARIANA FERREIRA MEDEIROS		8307		SC			
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO		28-JUF		29-Código CBO S		025 -	
MARIANA FERREIRA MEDEIROS		8307		SC				Faturar Empresa	
								Enviar - RX	
								(I) 81000405 (I) 81000375-RMD	
								(I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD	
								(I) 81000375-RPE	

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), (b)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.

[illegible]