

592915
INTERCÂMBIO

Dados do Empregador Responsável pelo Faturamento										025 -		Faturar Empresa	
15-Aliamento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-UF		20-Código CBO S					
N		CLINICERTA		23855		MG		05					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF				22-Nome do Contratado / Esculante				23-Número no CRO		24-UF			
03221851650				ANA PAULA DE VASCONCELOS MINISTÉRIO				23855		MG			
25-Nome do Profissional Esculante				27-Número no CRO				28-UF		29-Código CBO S			
ANA PAULA DE VASCONCELOS MINISTÉRIO				23855				MG					

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(ram) realizado(s) por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Paciente: _____

Assinatura do Profissional: _____

Assinatura do Observador: _____

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	01/10/2011	Dr. [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	01/10/2011	Dr. [Assinatura]
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	01/10/2011	Dr. [Assinatura]	53-Data, local e Assinatura da Empresa	01/10/2011	Dr. [Assinatura]