



2-Nº



7-Data Validade da Senha

383663
INTERCÂMBIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		801 - Faturar Empresa	
16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALARICO GANDOUR FILHO	18-Número no CRO 19601	19-UF RJ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 0 1 1 6 4 3 9 1 2 8 8 2		22-Nome do Contratado Executante ALARICO GANDOUR FILHO	23-Número no CRO 19601
26-Nome do Profissional Executante ALARICO GANDOUR FILHO		24-UF RJ	25-Código CNES
		27-Número no CRO 19601	28-UF RJ
		29-Código CBO S	

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) 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.

DIAG: POR NA REGIA DO (26) // PT: PENSOS DE VÍZ + CUSTIVO + ORIENTAR
49-Observação

CROFT 1500

PÓRTO DE CONTATO CLÍNICA DENTÁRIA LTDA.