

2-N



3-Data de Emissão da Guia	11/30/08/20
4-Data de Autorização	11/30/08/20
5-Serinha	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	50183702
7-Data Validade da Serinha	11/11/11/20

356192
INTERCÂMBIO

UPÂNIA SILVA DE SOUZA

3o Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante

ELIANE BISPO DE ALENCAR

22-Nome do Contratado Executante
ELIANE BISPO DE ALENCAR

FRANCO BISSPO DE ALENCAR

e Tratamiento / Procedimientos Solicitados

17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-UF		20-Código CBO S	
ELIANE BISPO DE ALENCAR		16512		RJ			
21-Nome do Contratado Executante		22-Número no CRO		23-UF		24-Código CNES	
ELIANE BISPO DE ALENCAR		16512		RJ			
25-Nome do Profissional Executante		26-Número no CRO		27-UF		28-Código CBO S	
ELIANE BISPO DE ALENCAR		16512		RJ			

801 -

Faturar Empresa

[illegible]

o, 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 do mesmo. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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, o tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

3- local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa