



324511

[illegible]

Assinatura do Contrato Responsável pelo Tratamento	
16-Nome do Prestador de Serviços	17-Nome do Prestador de Serviços
N	ANDREA BATISTA FERES
21-Código na Classe de CBO / CPO	22-Nome do Cuidador Envolvido
0 1 7 0 3 2 1 7 0 2	ANDREA BATISTA FERES
23-Nome do Prestador Envolvido	24-UF
ANDREA BATISTA FERES	RJ
25-Número no CBO	26-Código CBO S
22644	
27-Número no CBO	28-UF
22644	RJ
29-Código CBO S	30-UF

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) no tratamento realizado, comprometendo-se a arcar com os custos conforme previsto em contrato de consultoria.

43-Data Prescrição Termino do Tratamento	15/11/2016
44-1- Tipo de Atendimento	1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência
Declaração: 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.	
45- Observações	
46- Tipo de Faturamento	1- Total 2- Parcial
47- Total Quantidade US	90,00
48- Valor Total R\$	0,00
49- Total Faturado 1- Do-pós-Operatório R\$	
50- Data Social e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	15/11/2016
51- Data Social e Assinatura do Cirurgião-Dentista	15/11/2016

2001