



2-Nº



374324
INTERCÂMBIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Atendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-UF		20-Código CBO S	
N		ALARICO GANDOUR FILHO		19601		RJ		801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF				22-Nome do Contratado Executante		23-Número no CRO		24-UF	
1 0 1 6 4 3 9 2 8 8 2				ALARICO GANDOUR FILHO		19601		RJ	
26-Nome do Profissional Executante				27-Número no CRO		28-UF		29-Código CBO S	
ALARICO GANDOUR FILHO				19601		RJ			

[illegible]

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 previstos em contrato.

49-Observação
 DIS: D. ENA DE JERGA PROTEÍNA (37) / TPD: EXAME CLÍNICO + FORD + PERÍMETRACAS + FORD, ORIENTACAS

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/12/10 RJ Dr. Alarcão Gandour Filho
Responsável Técnico
CRC RJ 19601

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/12/10 RJ Dra. Rejane Muniz
Cirurgiã Dentista-Implanto
CRC RJ 138.637

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/12/10 RJ X
Sua

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/12/10 RJ

Foto 4

CONTO DE CONTATO CLINICA DENTARIA LTDA

PRATO DE CONTATO CLÍNICA DENTÁRIA LTDA.