

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO



Tratamento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante		025 -	
N		MARIA APARECIDA DA ROCHA		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante		20-Código CBO 8	
18 4 5 3 8 1 2 8 1 7 6 8		MARIA APARECIDA DA ROCHA		24-Código CNES	
		23-Número no CRO		26-UF	
		34202		SP	
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO		28-UF	
MARIA APARECIDA DA ROCHA		34202		SP	
29-Código CBO 8		29-Código CBO 8			

[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 a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo 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.

500-Dati, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Dati, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Dati, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

53-Dati, local e Carimbo da Empresa