

[illegible]

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 083134965	9 - Plano DENTAL 300 R COPART	10 - Empresa 392210000	11 - Validade da Carteira
-------------------------------------	----------------------------------	---------------------------	---------------------------

57 - Nome Social

13 - Nome	14 - Telefone	15 - Nome do titular do plano	16 - Atendimento a
SAMUEL LEONARDO DE OLIVEIRA	(11) 3333-3333	SAMUEL LEONARDO DE OLIVEIRA	N

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17 - Nome do Profissional Solicitante	18 - Número no CRO	19 - UF	20 - Código CBO
ODONTO AVELAR			

21 - Código na Operadora	22 - Nome do Contratado Executante	23 - Número no CRO	24 - UF	25 - Código CNES
64572897	ODONTO AVELAR			

26 - Nome do Profissional Executante	27 - Número no CRO	28 - UF	29 - Código CBO
ODONTO AVELAR			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados
--

[illegible]

43 - Data de Término do Tratamento	44 - Tipo de Atendimento	45 - Tipo de Faturamento	46 - Total Quantidade US	47- Valor Total (R\$)	48 - Valor Total Franquia (R\$)
____/____/____	1	____	____,____	0,00	____,____

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/foram 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.

49 - Observação/Justificativa

50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	52 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista	53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista
____ / ____ / _____		____ / ____ / _____	

54 - Data da assinatura do Beneficiário ou Responsável	55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável