



10-Tabuleiro	21-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Derivação Pagão	34-Face	35-CMS	36-Quantidade LIG	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Módulo de Carga	42-Atividade
1-0081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			25.08.2024		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipos de Procedimento

46-Tipos de Procedimento

47-Valor Total R\$

48-Valor Total R\$

49-Valor Total R\$

50-Valor Total R\$

51-Valor Total R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 assistida. 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.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO


Deb. Debessica Luma Machado

26.09.24	25.09.24	25.09.24	25.09.24	25.09.24
----------	----------	----------	----------	----------