

s do Beneficiário

mero da Carteira

10, 3, 7,

ome

RAQUEL GOMES DE CARVALHO

s do Contratado Responsável pelo Tratamento

lendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante

MARCOS CARVALHO DA SILVA

Código na Operadora / CNPJ / CPF

1, 3, 8, 1, 4, 2, 9

--	--	--	--	--	--	--	--

ome do Profissional Executante

ARCOS CARVALHO DA SILVA

de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

[illegible]

ata Previsão Término do Tratamento

1 111 1 111 1 1

44-Tipo de Atendimento

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

	1-Total	2-Parcial
--	---------	-----------

46-Total Quantidade US

				3	3	2		0	0
--	--	--	--	---	---	---	--	---	---

47-Valor Total R\$

						0		0		C
--	--	--	--	--	--	---	--	---	--	---

48-Total Franquia / Co-participação R\$

[illegible]

aro, 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 no 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 do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação

ata, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

1 1/1 1 1/1 1 1

51. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

01/02/2017

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável:

01/09/2017

53-Data, local e Carimbo da Empresa

	I	I	II	I	II	I
--	---	---	----	---	----	---