



183562357

[illegible]

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

[illegible]

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

30- Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente/Região	34 - Face	35 - Qtde	36 - Qtde US	37 - Valor R\$	38 - Franquia(R\$)	39-Aut	40-Cód.Negativa	41 - Data de Realização	42 - Assinatura
1 -	22 85400262	PINO PRÉ FABRICADO	21		01		126,00		S		16/05/2023	
2 -	22 85400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	21		01		66,50		S		16/05/2023	
3 -	22 85400114	COROA TOTAL EM CERÔMERO	21		01		514,50		S		22/05/2023	
4 -												
5 -												
6 -												
7 -												
8 -												
9 -												
10 -												
11 -												
12 -												
13 -												
14 -												
15 -												
16 -												
17 -												
18 -												
19 -												
20 -												

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	____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	707,00	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____

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	56 - Data do carimbo da empresa _ _ / _ _ /	