

[illegible]

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 089305795	9 - Plano DENTAL E80 GE R PF	10 - Empresa 94755346	11 - Validade da Carteira
-------------------------------------	---------------------------------	--------------------------	---------------------------

57 - Nome Social

13 - Nome	14 - Telefone	15 - Nome do titular do plano	16 - Atendimento a
ANDRE LUIS BEZERRA	(11) 3333-3333	ANDRE LUIS BEZERRA	N

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17 - Nome do Profissional Solicitante	18 - Número no CRO	19 - UF	20 - Código CBO
RGZ ODONTOLOGIA LTDA			

21 - Código na Operadora 47106689	22 - Nome do Contratado Executante RGZ ODONTOLOGIA LTDA	23 - Número no CRO	24 - UF	25 - Código CNES
--------------------------------------	--	--------------------	---------	------------------

26 - Nome do Profissional Executante	27 - Número no CRO	28 - UF	29 - Código CBO
RGZ ODONTOLOGIA LTDA			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados
--

30-Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente/Região	34 - Face	35 - Qtdt	36 - Qtdt US	37 - Valor R\$	38 - Franquia(R\$)	39-Aut	40-Cód.Negativa	41 - Data de Realização	42 - Assinatura
1 -	17 86000357	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO - APARELHO FIXO	ASAI	_ _ _ _	01	_ _ _ _ _ _ _	84,89	_ _ _ _ _ _ _	A	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	
2 -	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _	_ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	
3 -	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _	_ _ _ _	_	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	
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\$)
____/____/____	3	____	____,____	84,89	____,____

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