



Dados do Beneficiário

13-Nome _____
21/10/1970
14-Telefone () | | | | | | | | | |
C-1-Monte ou tirar o plano
EDILSON VAZ DOMINGUES

dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SUNAO AMBROSIO	18-Número no CRO 96982	19-Uf SP	20-Cidade e Estado * * *	21-Código INSS * * *	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	----------------------------------	--------------------	------------------------------------	--------------------------------	--------------------------

[illegible]

26-Nome do Profissional Excedente	RODRIGO SUNAO AMBROSIO	
Z/Número no CAD	96982	SP

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
31-Código do Procedimento 31-07-tabela	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
					37-Valor
					38-FranquiaCo-participação R\$
					39-Aut
					40-Data da Realização
					41 - Motivo da Glosa
					42-Assinatura

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

13

14

[illegible]

43-Data Prevista Término do Tratamento
16/09/2020

44-1) de Atendimento
☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncofonia 4-Urgência/Emergência

☐ 1-Totais 2-Parciais

1 5 8 3 1 0 0

0 0 0 0 0 0 0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as propostas, regras, condições, custos e demais aspectos inerentes ao 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 este documento, referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

51 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	52 - Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	53 - Data, local e Carimbo da Empresa
19/10/18 11/29 	19/10/18 11/29 	