

142

[illegible]

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Deixe Espaço	34-Ativo	35-COD	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise Co-participação R\$	39-Ativ	40-Data de Realização	41-Valor da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5				
2-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
3-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
4-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
5-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Previsão Trimestral do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

04/11/2018

1-Tratamento Odontológico

2-Exame Radiológico

3-Ortodontia

4-Implante/Energência

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantitativo US

1-Total

2-Parcial

47-Valor Total R\$

48-Total Franchise / Co-participação R\$

10,00

117,40

0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução de 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) descrita(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

04/12/20 Relatant