

2-Nº



382773

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura			
1-00081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400		0000	S						
2-															
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
43-Data Previsão Término do Tratamento			44-Tipo de Atendimento			45-Tipo de Faturamento			46-Total Quantidade US			47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
1-1/1 1/1 1			1-Total 2-Parcial			1-Total 2-Parcial			1-Total 2-Parcial			000		000	

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), 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

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	55-Data, local e Cartão da Empresa
4/2/10 9/11/20 <i>Carina Ma Sub</i>	4/2/10 9/11/20 <i>Carina Ma Sub</i>	4/2/10 9/11/20 <i>Carina Ma Sub</i>

Rio de Janeiro