

[illegible]

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 57957121704215		9 - Plano PRATA 10		10 - Empresa SOCEDUCA SOCIEDADE DE EDUCACAO LTDA		11 - Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _ _ _	
57 - Nome Social							
13 - Nome LEONARDO CAMARGO FAVATTO		14 - Telefone (_ _) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		15 - Nome do titular do plano MARIA RAQUEL FERNANDES GUIMARAES		16 - Atendimento a RN N	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

[illegible]

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

[illegible]

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	____	____ ____	109.64	____ ____

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		