

[illegible]

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Almôdamento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	SUCUPIRA CLINICA ODONTOLOGICA		1673	MA	10
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante		23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
17 6 3 6 2 4 1 8 3 8 7	HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS		1673	MA	
26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO		28-UF	29-Código CBO S	
HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS	1673		MA		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente Regiões	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Ciosse	42- Assinatura
1-0-0	8-2-0-0-0-8-1-6	EXODONTIA A RETALHO	25	1	7-3-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0
2-0-0												
3-0-0												
4-0-0												
5-0-0												
6-0-0												
7-0-0												
8-0-0												
9-0-0												
10-0-0												
11-0-0												
12-0-0												
13-0-0												
14-0-0												
15-0-0												

43- Data Prevista Término do Tratamento

44- Tipo de Atendimento

1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência

45- Tipo de Faturamento

1- Total 2- Parcial

46- Total Quantidade US

7-3-0-0

47- Valor Total R\$

0-0-0-0

48- Total Franquia / Co-participação R\$

0-0-0-0

04/08/20

*CMR

Decido, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	04/11/2018 Dr. Helene Sucupira
55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	04/11/2018 Dr. Helene Sucupira
56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	04/11/2018 Márcia Pereira
57-Data, local e Caminho da Empresa	04/11/2018 Dra. Helena Sucupira Cirurgiã - Dentista

Dra Helena Sucupira
Cirurgiã - Dentista
CROMA 1673