



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 Class 42-Assinatura			
1-0	0	8	5	2	0	0	1	6	6					
TRATAMENTO ENDODONTICO														
2-0	0	8	1	0	0	0	4	2	1					
RX PERIAPICAL														
3-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8					
RESTAURAÇÃO RESINA														
4-														
5-														
6-														
7-														
8-														
9-														
10-														
11-														
12-														
13-														
14-														
15-														

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de A endimento

45-Tipo de Faluramento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

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), tolliram 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 essa documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos previstos em contrato.

(1)-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/21/09 11:20 [Assinatura]	(2)-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/21/09 11:20 [Assinatura]	(3)-Data, local e Carimbo da Empresa 12/21/09 11:20 [Carimbo]
---	---	--

22-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

22-Data, local e Carimbo da Empresa

Juliana Letícia Gomes
Cirurgia Dentista
CRO-TO 1153

12/10/2019

12/10/2019

Leitão & Gomes Ltda
006.084/0001-18