

2-N/c

393197
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

ude

100

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Oid	36-Qualidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação RS	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Glorã	42-Assinatura
1-	0	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7,8,0,0	0,0,0	0,0,0	S	15/10/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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
 7,8,0,0

47-Valor Total R\$
 10,0,0

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 assumido(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 em anexo referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos previstos em contrato.

49-Janeiro
Pedido anexado na publicação da guia online no campo "incluir imagem".

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	15/11/20	K.S
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	15/11/20	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	15/11/20	Felício S. Santos
53-Data, local e Carimbo da Empresa	15/11/20	

Clinica Odonto

Radiológica Copa 500
CRO RJ 287