

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-54

[illegible]

10- Tabela	31- Código do Precedente	32- Descrição	33- Diferencial	34- Fator	35- Out	36- Quantidade US	37- Valor	38- Fração Co-participação R\$	39- Aut.	40- Data de Renúncia	41- Mês da Renúncia	42- Assinatura
1- 0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	16	1,00	16,00	S	20/10/11	24	[Assinatura]
2- 0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	16	1,00	16,00	S	20/10/11	24	[Assinatura]
3- 0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	16	1,00	16,00	S	20/10/11	24	[Assinatura]
4- 0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	16	1,00	16,00	S	24/10/11	24	[Assinatura]
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: 28/11/2011

44- Tipo de Atendimento: 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Consultoria 4 - Urgência/Emergência

45- Tipo de Atendimento: 1 - Total 2 - Parcial

46- Total Quantitativo US: 1244,00

47- Valor Total R\$: 10,00

48- Assinatura do Co-participante R\$: [Assinatura]

Orcamento que atenda aos custos devidamente especificados para os produtos e/ou serviços, incluindo os custos alternativos de atendimento, e/ou forma apresentada, sendo a exceção do tratamento, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assim sentida e arcuar com os custos previstos no contrato. Devidos, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados 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 no contrato.

Declaramos, que após ter sido devidamente esclarecidos os propósitos, fatos, causas e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceitamos e aderimos a concepção do tratamento, comprometendo-nos a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos, previstos no contrato. Deixamos, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados 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.

4.2 - Observações:

SD-Data: local e Associação de Cangaço-Donatário S.º nome 24/11/08 11:24	SD-Data: local e Assoc. ou (O) Cangaço-Donatário S.º nome 24/11/08 11:24	SD-Data: local e Associação de Beneficiário / Responsável 24/11/24 11:24	SD-Data: local e Centro da Empresa 11/11/11
 Camilla Noronha Codinome	 Camilla Noronha Codinome	 Noronha	

Camilla Noronha Codignone Cirurgiã Dentista CROSP 158013	Camilla Noronha Codignone Cirurgiã Dentista CROSP 158013
---	---