



Dados do Beneficiário

13-Nome

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	031236021664
22-Nome do Contratado Executante	CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO
23-Número no CFC	3666
24-Uf	AM
25-Código Cielo	
Enviar - RX	(I) 81000421-

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados43-Data Previsão Término do Tratamento

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

45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$
1-Total 2-Parcial	8 7 0 0	0 0 0 0

47-Valor Total R\$	0	0	0
48-Total Franquia / Co-participação R\$	0	0	0

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), descrição(s), [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-Observation

CLINICA E BENEZER
Rua Japura, N° 430 - Cachoeirinha
CEP: 69.065-150 Manaus-AM