



Dados do Beneficiário

13-Nome	
14-Telefone	
15-Nome do titular do plano	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	12 7 2 5 8 9 1 4 8 5 4
22-Nome do Contratado Executante	ADAIR TRAPICHE JUNIOR
23-Número no CRO	112010
24-U/F	SP
25-Código CNES	Enviar - RX (1) 81000405

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

43-Data Previsto Término do Tratamento _ _ / _ _ / _ _	
44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência	
45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	
46-Total Quantidade US\$ _ _ _ 78,00 _	
47-Valor Total R\$ _ _ _ _ 0,00 _	
48-Total Franquia / Co-participação R\$ _ _ _ _ _,_ _	

49-Observaçã

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

5.1-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável53-Data, local e Carimbo da Empresa