

do BeneficiárioNILLO DE BARROS SIQUEIRA06/06/1994

14-Telephone () -

15-Nome do titular do plano

17- Nome do Profissional Solicitante	do Contratado Responsável pelo Tratamento
	ndimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
PAOLA CARIANI HAIDAR MAZORRA

18-Número no CRO
30728

19-UF
D-R20-Código CBO S025 -
Fathir

ar Embrasa

771503

22-Nome do Contratado Executante
PAOLA CARIANI HAIDAR MAZORRA

23-Número no CRO
3072824-
PF25-Cddigo CNES

me do Profissional Executante

27-Número no CRC
30728

28-UF
PR29-Código CBO S

1

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Re- Face- Q: d

Quantidade US

37-Valor38-F/Anquilha/Co-participação R\$39-Aut 4

41- Motivo da Glosa 42-Ass natura

[illegible]

to, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, comprometo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no Declaro, ainda que (s) procedimento(s), descrito(s), acima, e por mim assinado(s), (o)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 relativos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa
27/10/2021

Paola C. Haidar Mazotta
Cirurgia Dentista
CRO-PR 30728