

**Nome do Beneficiário**

16/10/2010

Dados do Caratêdo Responsável pelo Tratamento

25- Nome do Profissional Especialista	114176	SP
---------------------------------------	--------	----

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30 - Tabela	31 - Cópia do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente/Região	34 - SSC	35 - QD	36 - Quantidade us	37 - Valor
1-1-0-0-0-1-0-0-0-0-0-6-5		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3 4 0 0	N

[illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Oncológico 2-Exame Radiológico 3-Cronograma 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	46-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial
--	---	--	--

Decido, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima detalhado, soube e reconhece o valor e a importância do tratamento proposto, estando ciente de que a realização do tratamento proposto é imprescindível para a obtenção de melhores resultados clínicos e, portanto, para a preservação da vida e da saúde. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, a ser(não) 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, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cargo do Beneficiário	51-Data, local e Assinatura do Cargo do Beneficiário	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Caimbo da Empresa
17/11/2019 C. [Assinatura]	17/11/2019 C. [Assinatura]	17/11/2019 [Assinatura]	17/11/2019

~~SECRET~~
44-6176

~~CRD~~ 144176