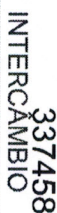


2-N-



Dados do Beneficiário

13-Nome

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21-Contingua na Operadora / CNPJ / CPF

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-U/F	29-Código CBO S
OSCAR CRISTINA VILALBA HUASCACA	400000	00	

Plano de Tratamento / Procedimientos Solicitados[illegible]

1-10	10	18	5	7	10	7	9	6	1	RESIDUAÇÃO RESINA
------	----	----	---	---	----	---	---	---	---	-------------------

2-10 10 118 15 11 10 10 11 9 16 1 1 RESTAURAÇÃO RESINA

[illegible][illegible]

—

[illegible][illegible]

—

[illegible][illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible]

44-Tipo de Atendimento

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo

Referentes ao tratamento realizado, comprometo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato, por meio de prestação de serviços de consultoria e de fornecimento de materiais e equipamentos e pagar em moeda corrente por mínima conta, do proponente contratado que assim o caso ocorrer, as verbas

49-Observação50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável53-Data, local e Carimbo da Empresa15/04/20

15/07/20

$$\sqrt{151041}$$

15/07/20

Dr.ª Gisele Cristiane Almeida

CRQSP 122986