

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

437712ROSELI RODRIGUES

Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100218

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados[illegible]

43-Diaria Prevista / Termino do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Quidioria 4-Urgência/emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Tel. 2-Parcial	46-Total Quilômetros US 1 1 2 2 1 0 0	47-220hr Total R\$ 1 0 1 0 0	48-Total Fatura / Cosp/ajustação R\$
--	---	--	--	---------------------------------	--------------------------------------

Declaro, que não ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas ao tratamento, conforme acima apresentados, acatado e autorizo a execução do tratamento comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente a seguir com os custos previstos e contratuais. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/vão realizado(s) com meu consentimento e de forma estatutária. 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.

99-03-assinavel

50-Dados locais e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Dados locais e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Dados locais e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Dados locais e Carimbo da Empresa
____/____/____ ____/____/____	11/11/18 <i>[Assinatura]</i>	11/11/18 <i>[Assinatura]</i>	____/____/____ ____/____/____

Maria Ivete Bonatti
CRO 1774
CPF: 376.382.549-53