

2-N



Dados do Beneficiário

¹ Z-Núcleo do Centro Nacional de Saúde

¹⁵NOTRE-DU-DESSUS-DE-DIEU
LUCIANE ROSA MARCONDES

Dados do Contraste Responderam pelo Tratamento

025 - Faturar EmpresaFaturar Empresa29-Código C30 5

Plan de Tratamiento / Procedimientos Solicitantes

43-Data Previsto Término do Tratamento

43 Data Previsto Término do Tratamento: / /

44 Tipo de Atendimento:

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

45-Tipo de Faturamento
☐ 1-Total ☐ 2-Parcial

46-Total Quantidade US
73,00

47-Valor Total R\$ 10,00

[illegible]

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

43-Observação

50-Data local e 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