



2-Nº

449911
INTERCÂMBIO

025 - Faturar Empresa

Plano de Trabalho / Experimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Class 42- Assinatura
1-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3 5 0 0 0			S	18/09/2011	X A
2-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3 5 0 0 0			S	18/09/2011	X A
3-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3 5 0 0 0			S	18/09/2011	X A
4-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3 5 0 0 0			S	18/09/2011	X A
5-	0 0 8 5 1 0 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	6 1 0 0 0			S	18/09/2011	X A
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento			44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Esturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$
18/09/2011			1 1-Total 2-Parcial		2 0 1 0 0		2 0 1 0 0		0 0 0 0		0 0 0 0

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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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.

49. Observar:

[illegible]

Stamp: OGDONTO MOUTHERN A...
Date: 14-09-2018
Time: 13:44:26
User: [redacted]
IP: 172.16.1.1