

307196
CAMBIO[illegible]

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Mat	38-Franq. / Co-participação R\$	39-Aut	40-Ci ou Realização	41-Mo do Obra	42-Antes
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	38	100	0,100		S	11/04	2020	1
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	38	100	0,100		S	11/04	2020	1
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	38	100	0,100		S	11/04	2020	1
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	38	100	0,100		S	11/04	2020	1
5-00	85200093	RETATAMENTO	14	1	11	100	0,100		S	11/04	2020	1
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dados Previstos: 3-Termos do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Est. e Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

☐ 1-Total 2-Parcial

46-Taxa Quantidade US

763,00

47-Valor Total R\$

10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido, por meio dos questionários, exames clínicos e alternativos de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e a arcar com os custos por este(s) profissional(is) contratado(s) e por mim(a) assumido(s). (Rubrica realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome a por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, o(s) valor(es) referentes ao tratamento realizado, compreendendo que arcará com os custos, conforme previsto em contrato.

49-Observação

odontia

50-Dente, local e Assembladura do Cirurgião-Dentista Scilicet

51-Dent, Inc. e Assilente di Chirurgia-Dentista

52-Data, local e Assinatura do(a) responsável (Responsável)

S3-Data, local e Câmbio da Empresa