



416844

[illegible]

30 - I Abaixo	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente/Fragão	34 - Face	35 - Cid	36 - Quantidade US	37 - Valor	38 - Franquia/Co-participação R\$	39 - Ali.	40 - Data da Prestação	41 - Nome da Guia QG-24
1	010	85101012118									
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43 - Data Previsto Término do Tratamento		44 - Tipo de Atendimento ☐ 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Cirurgia 4 - Urgência/Emergência		45 - Tipo de Faturamento ☐ 1 - Total 2 - Parcial		46 - Total Quantidade US 112121010		47 - Valor Total R\$ 101010		48 - Total Franquia / Co-participação	
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 contratuais. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.											
49 - Observação											
50 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante <i>[Assinatura]</i> 51 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista <i>[Assinatura]</i> 52 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável <i>[Assinatura]</i> 53 - Data, local e Carimbo da Empresa <i>[Carimbo]</i>											
Dr. Miguel A. Pavilhão Cirurgião Dentista CROSP 32953											