

2-N^o

Dados do Beneficiário

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CLAUDETE DOS REIS MARCELINO DA SILVA	(11) 2548-16908	CLAUDETE DOS REIS MARCELINO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Absolvidimento a RN	N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número do CRC	19-UF	20-Código do C
		GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES	138944	SP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operação CNPJ/CPF	4	1	6	9	7	4	3	3	8	5	5										
22-Nome do Contratado/Executante	GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES																				
23-Número no CRO	138944																				
24-F	SP																				
25-Código UNES																					

26-Nome do Profissional Exercitante	27-Minuto no CRO	28-Uf	29-Código CBO S
GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES	138944	SP	

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Francharia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Cioss	42-Assinatura
1-0-0	82-0-0-0-8-7-5	EXODONTIA SIMPLES DE	44		1	7-3-0-0	0,00		S	25/11/2012		08/08/12

2- _____
3- _____
4- _____
5- _____
6- _____
7- _____
8- _____
9- _____
10- _____
11- _____
12- _____
13- _____
14- _____
15- _____

CLAY DOORIO

PLA. CAQUITO, 57

TEL.: 3473-6655

43-Data Prevista Término do Tratamento 25/11/2024	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 173,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	--	------------------------------------	----------------------------	---

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(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, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Gabriela S. Cruz Goes	Gabriela S. Cruz Goes
-----------------------	-----------------------

50-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	CROSP 38944
51-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	CROSP 38944
52-Dado local e Assinatura do Beneficiário/ Responsável	
53-Dado local e Carimbo da Empresa	