

2-N⁺

Dados do Beneficiário

13-Nome

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

025 - Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Excedente	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ADAIR TRAPICHE JUNIOR	112010	SP	(I) 81000421- (I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30 - Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Ond	36-Quantidade US	37-Valor
38-Franquia ou desconto aplicados na tabela de honorários							

[illegible]

	RMSE	S	RMSE	S
2-10-0-0-8-1-0-1-0-0-4-2-1	1	1	1	1
RX PERIAPICAL	1	1	1	1

[illegible][illegible][illegible][illegible]

6 -

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

15

43-Data Previsto Término do Tratamento	
44-Tipo de Atendimento	
45-Tipo de Falhecimento	
46-Total Quantidade US	0000
47-Valor Total R\$	00000000
48-Total Franquia / Co-participação R\$	00000000

☐	☐	☐	☐
1-Tratamiento Odontológico	2-Exame Radiográfico	3-Odontofilia	4-Urgência Emergencial
Pagamento:			
☐	☐	☐	☐
1-Totál	2-Parcel	3-V	4-V
☐	☐	☐	☐
1-	2-	3-	4-

Dedarei, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, como também apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e a catar com os custos por mim assumidos, bem como a fornecer o nome e endereço da pessoa em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, sob pena de ser responsabilizado perante a Comissão de Ética.

contrato. Declaro, ainda que o(s) procediment(o)s descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tiveram realização econômica e jurídica efetiva, não sendo o presente instrumento de natureza simulatória, autorizado a produzir efeitos jurídicos em relação a terceiros, e não se trata de ato de mera administração, não estando sujeito a anulação por vício de forma, nem a cassação por ilegalidade, e não estando sujeito a revisão de mérito, sob pena de nulidade. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tiveram realização econômica e jurídica efetiva, não sendo o presente instrumento de natureza simulatória, autorizado a produzir efeitos jurídicos em relação a terceiros, e não se trata de ato de mera administração, não estando sujeito a anulação por vício de forma, nem a cassação por ilegalidade, e não estando sujeito a revisão de mérito, sob pena de nulidade.

48-Observatio
Anatomia
Cirurgia
112310

2015.05.15

[illegible][illegible][illegible]