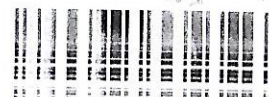


UNIDADE DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO



00349994058864664

JESSICA CRISTINA DEZIDERIO MACHADO

21994014441

117-Nome do Profissional Contratante
ROBERTA BORGES PINHEIRO

118-Código do Operador / CNPJ / CPF

110208168181722

119-Nome do Contratado Executante

ROBERTA BORGES PINHEIRO

120-Número do CRO
32943

121-UF
RJ

122-Código CBO S

123-UF
RJ

124-Código CNES

125-Número no CRO
32943

126-UF
RJ

127-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

128-Nome do Profissional Executante
ROBERTA BORGES PINHEIRO

Plano de Tratamento / Procedimentos 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 Glosa	42-Assinatura
1-	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	33		1	34,00	0,00			25/04/20		+ 8
2-	85300080	Periostonaxite	38							25/04/20		+ 8
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento

25/04/2020

44-Tipo de Atendimento

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

34,00

47-Valor Total R\$

0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

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 e referidos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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-Observação

25/04/2020
155189494-35

Tratamento de Periostonaxite + limpeza da area + Dente 38 foi em com DENTIMPLANTE ODONTOLÓGICO

25.331.829/0001-06
URGÊNCIA 24 HORAS

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

25/04/2020

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

25/04/2020
Dr. Roberta B. Pinheiro
Cirurgião-Dentista
CRO: 32943

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

25/04/2020

53-Data, local e Carimbo da Empresa

25/04/2020 R. Dias da Cruz, 720

Méier - CEP 20720-013

Rio de Janeiro - RJ