

2-N^o

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Z6-Nome do Profissional Executante MARCELO SHIWA	Z7-Número no CRO 86554	Z8-Uf SP	Z9-Código CBO S
--	----------------------------------	--------------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados														
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura		
1- 0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	15	MO	1	8 8 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0	0	0	0		
RESTAURAÇÃO RESINA														
2- 1														
3- 1														
4- 1														
5- 1														
6- 1														
7- 1														
8- 1														
9- 1														
10- 1														
11- 1														
12- 1														
13- 1														
14- 1														
15- 1														

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

1-Tratamento Odontológico

2-Exame Radiológico

3-Ortodontia

4-Urgência/Emergência

1-Totai

2-Parcial

0

8 8 0 0

0

0 0 0 0

0 0 0 0

0 0 0 0

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 em 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	11/07/80	Dr. Marcelo maximo Facal/R CROSP 06.554
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	11/07/80	Dr. Marcelo maximo Facal/R CROSP 06.554
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	11/05/80	Dr. Marcelo maximo Facal/R CROSP 06.554
53-Data, local e Carimbo da Empresa		