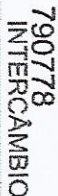


2-N-2



Padde de Benschoten

SEVERINA FABRICIO DE LIMA

27/05/1969

() -

JESSICA MENDES DA SILVA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Esquante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
03201308005	ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA	134645	SP	
26-Nome do Profissional Esquante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S	
ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA	134645	SP		

Plano de Tratamento, Procedimentos Sugeridos	
31- Código do Procedimento	32- Descrição
33- Data/Região	34- F-fee
35- Qtd	36- Quantidade US
37- Valor	
38- Franquia/Coparticipação R\$	
39- An	40- Data

1-0 0 0 8 2 0 0 0 8 1 6	EXODONTIA A RETALHO	38	1	7 3 0 0	0 0 0 0	5 2 5 1 1 2 1	2 5 0 0 0 0
2-0 0 8 2 0 0 0 8 1 6	EXODONTIA A RETALHO	45	1	7 3 0 0	0 0 0 0	5 2 3 1 1 2 1	2 5 0 0 0 0
3-0 0 0 0 0 0 0 0 0 0							
4-0 0 0 0 0 0 0 0 0 0							
5-0 0 0 0 0 0 0 0 0 0							
6-0 0 0 0 0 0 0 0 0 0							
7-0 0 0 0 0 0 0 0 0 0							
8-0 0 0 0 0 0 0 0 0 0							
9-0 0 0 0 0 0 0 0 0 0							
10-0 0 0 0 0 0 0 0 0 0							
11-0 0 0 0 0 0 0 0 0 0							
12-0 0 0 0 0 0 0 0 0 0							
13-0 0 0 0 0 0 0 0 0 0							
14-0 0 0 0 0 0 0 0 0 0							
15-0 0 0 0 0 0 0 0 0 0							

43-Doua Plavido Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo do Procedimento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Frangula / Oc-pont-çapão R\$

1-Tratamento Odontológico 2-Exama Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgencia/Emergência

1-Tel 2-Excel

Declaro, que não sei e/ou não tenho conhecimento sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, recolhido e autorizado a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e assinar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ão) 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

5-1-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista:

52-D-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Daiz, local e Cambio da Empresa

Stefania Gunzel

Cirurgia-Dentista
CROSP 134645