



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

[illegible]

de Tratamento / Procedimentos Solicitados										32-Descrição		33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US			37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$			39-Aut	40-Data de Realização			41-Motivo da Glosa 42-Assinatura											
Tabela										31-Código do Procedimento					1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0			
0 0 0 0 1 8 5 1 0 2 1 8										RESTAURAÇÃO RESINA		22	PMV	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1
0 0 0 0 1 8 5 1 0 2 1 8										RESTAURAÇÃO RESINA		21	DVP	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1

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/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 estabelecidos no(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), conforme previsto em contrato.

Observação

Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/2011 <i>[Assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/11 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Assinatura do Responsável 11/11/11 <i>[Assinatura]</i>
--	---	---	--