

2-N^o

337207

INTERCAMBIO

Guia
CONCLUIDA

100

④

823

GUL

010822

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Conteúdo/Região	34- Faco	35- Qnt	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glisa	42- Assinatura
1-000	810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S113,07	20		
2-000	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S113,07	20		
3-000	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S113,07	20		
4-000	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S113,07	20		
5-000	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S113,07	20		
6-000	820000875	EXODONTIA SIMPLES DE			1	73,00	0,00		S113,07	20		
7-000	820000875	EXODONTIA SIMPLES DE			1	73,00	0,00		S113,07	20		
8-000	820000875	EXODONTIA SIMPLES DE			1	73,00	0,00		S113,07	20		
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43- Data Previsto Término do Tratamento

44- Tipo de Atendimento

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

45- Tipo de Faturamento

1- Total 2- Parcial

46- Total Quantidade US

393,00

47- Valor Total R\$

10,10

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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) estético(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.

49-Observação

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista-Responsável	54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/3/2012	11/3/2012	11/3/2012	11/3/2012

x Affen verlässt das Lager