



937399
INTERCÂMBIO

[illegible]

	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
1-010	345										
2-				1	381,00					S/A	04/04/2022
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faucimento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$			
14/04/22		1-Tratamento Odontológico									

Declaração, que após ter sido devidamente esclarecida 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 não é referencial ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.	1-Total 2-Parcial	4-Valor Total R\$	4b-Total Franquia/ Co-participação R\$
	1 3 8 1 1 0 0	0 1 0 0	

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista:

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

R. K. Senarose Bette no 2714

Redemptor - Def. 15015-700

OK - COPY - 100