

2-N₂

Dados do Beneficiário

FERNANDO DOS SANTOS NEVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ALLAN DE LIMA LOPES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	102843111978
22-Nome do Contratado Executante	ALLAN DE LIMA LOPES

26-Name do Profissional Executante
ALLAN DE LIMA LOPES

18-Número no CRO	16-LF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Envia! - RX (1) 85100200 (1) 85100200
14878	SC		
23-Número no CRO	24-LF	25-Código CNES	
14878	SC		
27-Número no CRO	28-LF	29-Código CBO S	
14878	SC		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantitativo US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
25/02/2014	☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cricotomia 4-Urgência/Emergência	☐ 1-Total 2-Parcial	594,00	10,00	

contrato, que após ter sido devidamente assinado, sobre os propósitos, fins, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e atuar com os custos previstos no 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 pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a atuar com os custos previstos no contrato.

49-Observations

50-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidário
11/8/10/21/21/11

51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/8/10/21/21/11

52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário - Responsável
11/8/10/21/21/11

53-Dado, local e Endereço da Empresa
11/8/10/21/21/11

Carimbo e Assinatura
PRO 14.878 SC

~~Dr. Allan de Lima Lopes~~