



Tratamiento Odontológico

2 - Nº Guia no Prestador 180480205

[illegible][illegible]

30-Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente/Região	34 - Face	35 - Qtde	36 - Qtde US	37 - Valor R\$	38 - Franquia(R\$)	39-Aut	40-Cód.Negativa	41 - Data de Realização	42 - Assinatura
1 - 22	85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	27	_ _ _ _	01	_ _ _ _ _ _ _	261,80	_ _ _ _ _ _ _	S	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
2 - 22	85100218	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	27	MDOI	01	_ _ _ _ _ _ _	40,50	_ _ _ _ _ _ _	S	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
3 -	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
4 -	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
5 -	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
6 -	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
7 -	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
8 -	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
9 -	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
10 -	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
11 -	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
12 -	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
13 -	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
14 -	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
15 -	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
16 -	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
17 -	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
18 -	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
19 -	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
20 -	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _

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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante _ _ / _ _ /	51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	52 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista _ _ / _ _ /	53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista
54 - Data da assinatura do Beneficiário ou Responsável _ _ / _ _ /	55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	56 - Data do carimbo da empresa _ _ / _ _ /	