

[illegible]

20-Identificação	21-Código de Procedimento	22-Descrição	23-Data Realização	24-Faixa	25-Cor	26-Quantidade US	27-Matéria	28-Franquia Co-participação R\$	29-Ativ	30-Data de Realização	31-Valor da Class. A2-assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5			
2-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8		
3-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8		
4-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8		
5-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8		
6-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8		
7-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8		
8-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8		
9-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8		
10-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8		
11-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8		
12-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8		
13-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8		
14-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8		
15-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8		

43-Data Fim do Tratamento	Id- tipo de tratamento	1-Tratamento Odontológico 2-Camisa Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45- tipo de Faturamento	1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Faturar / 100-Importação R\$
28/01/21	☐		☐		174,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e as alternativas disponíveis, aceito e autorizo a execução de tratamento, compondo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro ainda que ciso procedimentos (s) acima, e por mim assumidos (s), (toleraram) 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, cumprindo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Id-Operadora

[illegible]