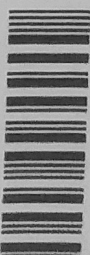


2-N



353162
INTERCAMBIO

[illegible]

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Foco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Med	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Causa	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/08/2011		
2-0	0	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO	22		1	8,00	0,00			10/08/2011		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

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

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

42,00

47-Med. Total R\$

0,00

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 a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que (c/c) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s) foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma assistida. 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.

Ad-Omneville

50. Oito, legal e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51 Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52. Carta, 10981 e Assimilada do Beneficiário / Responsável

DO-ONES, 100% e OAI MEDIO DE CRISE