

1060878
INTERCÂMBIO

	aide
--	------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-1- Tabela	31- Código do Procedimento	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
1-0	0	8 5 3 0 0 4 7			1	3 6 , 0 0		0 , 0 0				
2-0	0	8 5 3 0 0 4 7			1	3 6 , 0 0		0 , 0 0				
3-0	0	8 5 3 0 0 4 7			1	3 6 , 0 0		0 , 0 0				
4-0	0	8 5 3 0 0 4 7			1	3 6 , 0 0		0 , 0 0				
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43- Data Previsto Término do Tratamento

44- Tipo de Atendimento

45- Tipo de Faturamento

46- Total Quantidade US

47- Valor Total R\$

48- Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas ao 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) acima, e por mim assinado(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-se a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	15/10/2021 100 Cruzeiro CRO-BR: 23026	Dr. Vinícius N. Santos Dentista
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	15/10/2021 CRO-BR: 23026	Dr. Vinícius N. Santos Dentista
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	15/10/2021 Márcia Mariana do Siqueira	
53-Data, local e Caimbo da Empresa	15/10/2021	