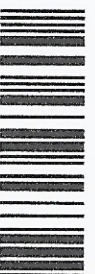




2. Mye



Concluden
3p/no

401473
INTERCÂMBIO

PAULO CESAR COCCO

Faturar Empresa

23-Número no CRO	24-UFE	25-Código CNES
46146	RJ	

27-Número no CRO 46146	28-U.F. RJ	29-Código CBO S
---------------------------	---------------	-----------------

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faces	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ano	40-Data de Realização	41-Motivo da Cessão	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5				
2-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
3-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
4-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
5-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
6-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
7-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
8-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
9-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
10-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
11-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
12-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
13-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
14-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
15-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			

Declaro que após ter sido devidamente examinado os propósitos, fins, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, aceito e autorizo a exceção 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(são) 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 no contrato.

49-Observação	
50-Data, local e Assinatura do Chefe-Geral da Unidade	____/____/____ _____
51-Data, local e Assinatura do Chefe-Geral de Departamento	30 OUT 2020 [Assinatura]
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (se houver)	____/____/____ Simão Gomes Dias
53-Data, local e Canto da Empresa	____/____/____ _____

2. *Thalys* Praga
Prague, 1946
R 46.146

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

5.3-Dados, local e Câmbio da Empresa