

13 - Nome	14 - Telefone ()	15 - Nome do titular do plano	16 - Atendimento a RN
-----------	---	-------------------------------	---------------------------------------

21 - Código na Operadora	22 - Nome do Contratado Executante	23 - Número no CRO	24 - UF	25 - Código CNES

26 - Nome do Profissional Executante	27 - Número no CRO	28 - UF	29 - Código CBO

42 - Data de Término do Tratamento	43 - Tipo de Atendimento	44 - Tipo de Faturamento	45 - Total Quantidade US	46 - Valor Total (R\$)	47 - Valor Total Franquia (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 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.

49-Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 	50-Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 	51- Data da assinatura do Cirurgião-Dentista 	52- Assinatura do Cirurgião-Dentista
--	--	---	---

53-Data da assinatura do Beneficiário ou Responsável	54-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	55- Data do carimbo da empresa