

482433
INTERCÂMBIO[illegible]

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-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-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	(HASD)	1	3 6	0 0	0 0 0 0		S	25/02/21		Bruno
2-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	(HAIE)	1	3 6	0 0	0 0 0 0		S	25/02/21		Bruno
3-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	(HASE)	1	3 6	0 0	0 0 0 0		S	25/02/21		Bruno
4-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	(HAID)	1	3 6	0 0	0 0 0 0		S	25/02/21		Bruno
5-	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3 4	0 0	0 0 0 0		S	25/02/21		Bruno
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Recebido Técnico do Tratamento
25/02/21

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
1 7 8 0 0

47-Valor Total R\$
0 0 0

48-Total Franquia / Coparticipação 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), f(oi)ram 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-Osenvio

YEDA ALMEIDA RODRIGUES
Cirurgião Dentista

YEDA ALMEIDA RODRIGUES
Cirurgião Dentista

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
15/01/2017
CRO-DF-4992

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/01/2017
CRO-DF-4992

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário Responsável
15/01/2017
YEDA ALMEIDA RODRIGUES

53-Dia, local e Carimbo da Empresa
15/01/2017