



2-Nº

321937
INTERCÁMBIO

B. Número da Carteira

10-Empresa
SAPORITI DO BRASIL LTDA

14-Telefone	() -
15-Nome do titular do plano	JOAO MARTINIANO FONSECA

18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
------------------	-------	-----------------

14941	SC	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
-------	----	------------------	-------	----------------

14941	SC	(1) 8510	Envia
-------	----	----------	-------

14941	SC	(U) 831
-------	----	---------

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-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	/ 24	O	1	6 1 0 0		0 0 0	S	10/10/20	x E.g.f.p.
2-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	/ 37	O	1	6 1 0 0		0 0 0	S	30/10/20	x E.g.f.p.
3-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	/ 35	O	1	6 1 0 0		0 0 0	S	30/10/20	x E.g.f.p.
4-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	/ 34	O	1	6 1 0 0		0 0 0	S	30/10/20	x E.g.f.p.
5-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	/ 44	O	1	6 1 0 0		0 0 0	S	30/10/20	x E.g.f.p.
6-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	/ 46	O	1	6 1 0 0		0 0 0	S	16/10/20	x E.g.f.p.
7-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	/ 47	O	1	6 1 0 0		0 0 0	S	19/10/20	x E.g.f.p.
8-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	/ 36	OL	1	8 8 0 0		0 0 0	S	19/10/20	x E.g.f.p.
9-	0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	/ 26	OPV	1	1 2 2 0 0		0 0 0	S	18/10/20	x E.g.f.p.
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento
| | / | | / | |

44-Tipo de Atendimento
| | 1 - Tratamento Odontológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
| | 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
| | 16 | 3 | 7 | 0 | 0 |

47-Valor Total R\$
| | 0 | 0 | 0 | 0 |

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 e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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, o valor referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos previsto em contrato.

49. Observação	50. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/10/2018	51. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/2018	52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/2018	53. Data, local e Carimbo da Empresa 18/10/2018
----------------	--	--	--	--