



# INTERCÂMBIO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

17104/1982

### **Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

**JULY ANNE MENDONCA DA SILVA**

**22-Nome do Contratado Executante**  
**JULY ANNE MENDONCA DA SILVA**

**26-Nome do Profissional Executante**  
**JULY ANNE MENDONCA DA SILVA**

|                           |             |                 |
|---------------------------|-------------|-----------------|
| 18-Número no CRO<br>45407 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S |
| 23-Número no CRO<br>45407 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CNES  |
| 27-Número no CRO<br>45407 | 28-UF<br>RJ | 29-Código CBO S |

### Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição    | 33-Dente/Região         | 34-Face | 35-Cid | 36-Qualidade US | 37-Valor  |
|-----------|---------------------------|-----------------|-------------------------|---------|--------|-----------------|-----------|
| 1-        | 0 0                       | 8 1 0 0 0 0 6 5 | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |         | 1      | 3 4 0 0         | 0 0 0 0 S |
| 2-        | 0 0                       | 8 5 3 0 0 0 4 7 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD    | 1      | 3 6 0 0         | 0 0 0 0 S |
| 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 |
| 4-        | 0 0                       | 8 5 3 0 0 0 4 7 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAD     | 1      | 3 6 0 0         | 0 0 0 0 S |
| 5-        | 0 0                       | 8 5 3 0 0 0 4 7 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE    | 1      | 3 6 0 0         | 0 0 0 0 S |
| 6-        |                           |                 |                         |         |        |                 |           |
| 7-        |                           |                 |                         |         |        |                 |           |
| 8-        |                           |                 |                         |         |        |                 |           |
| 9-        |                           |                 |                         |         |        |                 |           |
| 10-       |                           |                 |                         |         |        |                 |           |
| 11-       |                           |                 |                         |         |        |                 |           |
| 12-       |                           |                 |                         |         |        |                 |           |
| 13-       |                           |                 |                         |         |        |                 |           |
| 14-       |                           |                 |                         |         |        |                 |           |
| 15-       |                           |                 |                         |         |        |                 |           |

43-Data Previsto Término do Tratamento      44-Tipo de Atendimento  
 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento  
 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US      47-Valor Total R\$      48-Total Franquia / Co-participação R\$

Assinatura do Responsável

Assinatura do Paciente

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 no contrato. Declaro, ainda que c/s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo 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.

|                                                               |                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante | 02/11/08/1710 <i>[Assinatura]</i>                                                                              |
| 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista             | 25/10/08/1710 <i>[Assinatura]</i>                                                                              |
| 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável     | 12/11/08/1710 <i>[Assinatura]</i>                                                                              |
| 53-Data, local e Carimbo da Empresa                           | 12/11/08/1710<br><div> <div>July Anne M. da Silva</div> <div>Cirurgiã Dentista</div> <div>CR04497</div> </div> |

2014-2015  
Mendocino Co  
State

Mendocino de Santa