

2-N^o

355088
INTERCÂMBIO

KAYKY CARVALHO DOS SANTOS	06/01/2004	() - - - - -	JOSE JUCIMAR FERREIRA DOS SANTOS
---------------------------	------------	------------------	----------------------------------

Assunto	Assinatura	Data de Realização
41. Molho de Goya 42-Assinatura	20.04.17	40.04.17

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente Região	34- Freq	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia Co-participação R\$
1- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	0	1	16 1,0 0	5,24,08,20	20
2- 0 0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0VL	1	12 2,0 0	5,24,08,20	20
3- 0 0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0VL	1	12 2,0 0	5,24,08,20	20
4- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	44	0	1	16 1,0 0	5,14,08,20	20
5- 0 0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0LV	1	12 2,0 0	5,08,07,20	20
6- 0 0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0DL	1	12 2,0 0	5,08,07,20	20
7- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMD		1	14,0 0	5,08,09,20	20
8- 1 1								
9- 1 1								
10- 1 1								
11- 1 1								
12- 1 1								
13- 1 1								
14- 1 1								
15- 1 1								

43- Observação

44- Dia Previsto Término do Tratamento

44- Tipo de Atendimento

45- Tipo de Faturamento

46- Total Quantidade US

47- Valor Total R\$

48- Total Franquia / Co-participação R\$

1- Tratamento Odontológico

2- Exame Radiológico

3- Chedonita

4- Urgência/Emergência

1- Total

2- Parcial

6 2 4,0 0

0,0 0

0,0 0

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 o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e da forma estatística. Autorizo a Operadora a pagar em 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.

Cartão Assinatura

50-Quota local e Assinatura do Cliente/Donatário/Endonatário	14/11/2012	<i>[Assinatura]</i>
51-Quota local e Assinatura do Cliente/Donatário	14/11/2012	<i>[Assinatura]</i>
52-Quota local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	14/11/2012	<i>[Assinatura]</i>
53-Quota local e Carimbo da Empresa	14/11/2012	<i>[Assinatura]</i>

Dr. Dentor Junior
 Cirurgia Dentária
 CRO 46.356

8