

2-NI

491655
INTERCÂMBIO491655
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-**Nome do titular do plano**
MAX WESLEY MARQUES FARIAS

8510020085100200

30-Tabela	31-Código do Procedimento
-----------	---------------------------

30-Folha	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Material		
1-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	8 8 1 0 0		0 0 0 0		S	46/03/24	Alumina
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	6 1 1 0 0		0 0 0 0		S		
3-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	8 8 1 0 0		0 0 0 0		S	47/04/24	Alumina
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	6 1 1 0 0		0 0 0 0		S		
5-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	6 1 1 0 0		0 0 0 0		S		Alumina
6-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	6 1 1 0 0		0 0 0 0		S	06/04/24	Alumina
7-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA	26	OV	1	8 8 1 0 0		0 0 0 0		S		
8-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	6 1 1 0 0		0 0 0 0		S		
9-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	6 1 1 0 0		0 0 0 0		S	06/04/24	Alumina
10	0	0 8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	8 8 1 0 0		0 0 0 0		S		
11	0	0 8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	8 8 1 0 0		0 0 0 0		S		
12														
13														
14														
15														

43-Data Previsão 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\$

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) acima, e por mim assinado(s), (o)lho(m) 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-Observação

50-Daño, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Pinto monkeys