

419782
INTERCÂMBIO Order |

Plano de Implementación / Procedimientos Solicitados

30-Ítalia	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Dia de Realização	41-Medio da Circa	42-Assinatura
1- 0 0	8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 ,0 0 0	0 ,0 0 0		S	19 11 12 11 20		<i>Yuliane</i>
2- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 ,0 0 0	0 ,0 0 0		S	19 11 12 11 20		<i>Yuliane</i>
3- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 ,0 0 0	0 ,0 0 0		S	19 11 12 11 20		<i>Yuliane</i>
4- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 ,0 0 0	0 ,0 0 0		S	19 11 12 11 20		<i>Yuliane</i>
5- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 ,0 0 0	0 ,0 0 0		S	19 11 12 11 20		<i>Yuliane</i>
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidades US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assumido(s), (ultraparam 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-Observaçõe

50-Dota, local e Asesinatos do Cirurgião-Dentista Suciapina	19/11/2020	Shirlean Suciapina
51-Dota, local e Asesinatos do Cirurgião-Dentista	19/11/2020	Shirlean Suciapina
52-Dota, local e Asesinatos do Beneficiário / Responsável	19/11/2020	Shirlean Suciapina
53-Dota, local e Cerchão de Empresa	19/11/2020	Shirlean Suciapina