

2-N^o325371
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira

[illegible]

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Old	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			15/06/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43- Data Prevista Término do Tratamento
17/06/20

44- Tipo de Atendimento
1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência

45- Tipo de Faturamento
1- Total 2- Parcial

46- Total Quantidade US
34,00

47- Valor Total R\$
0,00

48- Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido, sobre os propósitos, riscos e alternativas de tratamento, conforme consta em anexo, concordo com o tratamento proposto, e 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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	12/31/2020		
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	12/31/2020		
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	12/31/2020		
53-Data, local e Caimbio da Empresa	12/31/2020		

20 |

Unglaç Dentista

Dr. Alexandre Augusto Costa
Cirurgião - Dentista

CRO - SP 123228