



365254
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

13- Nome BRYAN ROSSONI DA SILVA	14- Telefone (<u> </u><u> </u>) <u> </u><u> </u><u> </u><u> </u><u> </u><u> </u><u> </u><u> </u>	15- Nome do titular do plano LEANDRO LUIZ DA SILVA
28/01/2010		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	112913	SP	025 - Educação Especial

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08152996601	22-Nome do Contratado Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 112913	24-UF SP	25-Código CNES
--	--	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Excitante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 112913	28-UF SP	29-Código CBO S
--	-----------------------------------	--------------------	----------------------------

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

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

43-Data Previsto Término do Tratamento	08/11/2019
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, 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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram 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 previstos em contrato.

[illegible]

1

50-Data, 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
---	---	---	-------------------------------------