



2-NP

404183
INTERCÂMBIO

17-Nome do Profissional Solicitante	KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA										18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S	
16-Atendimento a RN	N										49467	RJ		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	1	4	1	2	8	5	4	1	1	7	2	9		
22-Nome do Contratado / Executante	KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA										23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES	
											49467	RJ		
26-Nome do Profissional Executante	KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA										27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S	
											49467	RJ		

Plano de Tratamento / Procedimentos Sucedidos											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1	0,0	8,5	1	0	1	9,6					
		RESTAURAÇÃO RESINA	28	M	1	6,1	0,0	0,0		26/10/22	[Assinatura]
2	0,0	8,5	1	0	1	9,6					
		RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	6,1	0,0	0,0		26/10/22	[Assinatura]
3	0,0	8,5	1	0	2	0,0					
		RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	8,8	0,0	0,0		26/10/22	[Assinatura]
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento

26/10/2020

44-Tipo de Atendimento

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

210,00

47-Valor Total R\$

0,00

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, compreendendo-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), foram realizados 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Sôcietante:	51-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	53-Dados, local e Contrato do Emprego
06/11/2010 Cirurgião-Dentista Carlos Alberto Alves Lima	06/11/2010 Cirurgião-Dentista Carlos Alberto Alves Lima	06/11/2010 Beneficiário Responsável Carlos Alberto Alves Lima	06/11/2010 Local e Contrato do Emprego Carlos Alberto Alves Lima

INSC. No. 7

ODONT MORTGAGE SERV. ODONT.EDA
ODONT.14.092.419/6001-25
CNPJ:14.092.419/3494
EPPAO/BAI3494