

2-N^a

29577
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

GUIA

13-Nommes

CARLA CAROLINI RIBEIRO BRAZAO

02/09/1993

14-Telefone
()

1) 11111

15-Nome do titular do plano
CARLA CAROLI

NI RIBEIRO BRAZAO

CONCLUIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ALESSANDRA BRITO LOBATO

18-Número no CRC
56319-U
AF

0-Código CBO S

Estimate Error - 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
9 3 8 9 4 8 1 3 2 5 3

22-Name do Contratado Excelente
ALESSANDRA BRITO LOBATO

23-Número no CRC
563

10

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

ALESSANDRA BRITO LOBATO

27-Número no CRC
56328-U
AF

Código CBO S

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Tabelei	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Fase	35-Cnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-000	844000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	03/03/20		Carla
2-000	844000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	03/03/20		Carla
3-000	844000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	03/03/20		Carla
4-000	844000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	03/03/20		Carla
5-000	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/03/20		Carla
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Previsto 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), folioam 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-Dados Pessoal 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

Carla Carolyn Kibbe Rogers