



371226
INTERCÂMBIO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

-Norme do titular do plano

025 - Faturar Empresa

CINTIA CAETANO CAVALCANTI

CINTIA CAETANO CAVALCANTI

DOC ORTODONTICA "A"

44-Tipo de Atendimento	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontomia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento	1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US	3 8 1 0 0
47-Valor Total R\$	0 0 0 0 0 0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Unipartido Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Cessão da Empresa

182020