



2-N

464860
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Membre do titular do piano
CLAUDIA APARECIDA GONCALVES BATISTA

025 - Estuaries and Embayments

Enviar - RX
(1) 85100200

0037001 C9 (11)Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Rengão	34- Foco	35- Clav	36- Quantidade US	37- Valor	38- Prorrateio/Co-participação R\$	39- Anul	40- Data de Realização	41- Mês/ano da Clav	42- Assinatura
1-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
2-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
3-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
4-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
5-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
6-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
7-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
8-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
9-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	41	LM	1	8,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	31	DL	1	8,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	

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 a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(são) realizado(s) em conformidade com o 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

59-Dtla, local e Assentadura do Cirurgião-Dentista Especialista	10/3//10/3//1/2/1	10
51-Dtla, local e Assentadura do Cirurgião-Dentista	10/3//10/3//1/2/1	10
52-Dtla, local e Assentadura do Benfiteciário/Responsável	0/3//0/3//1/1/1	10
53-Dtla, local e Cambio da Empresa	1/1//1/1//1/1	

 Solicitante

[Signature]

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa