

2-N⁺

290327
INTERCÁMBIO

13-None

GEOVANE FERREIRA DE MATOS

07/08/1995

GEOVANE FERREIRA DE MATTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

15-Atendimento a RN
ALESSANDRA BRITO LOBATO

18-Número no CRO
56319-LF
AP

20-Código CBO S

025 -

22-Norine do Conjugado Exoculante

23-Número no CRC

24

25-Código CNES

100

8	3	8	9	4	8	1
---	---	---	---	---	---	---

ALESSANDRA BRITO LOBATO

563

P

[illegible]

24-Nome do Profissional Executante

1000

37. Número do CBO

2015

[illegible]

ALESSANDRA BRITO I ORATO

27-1101010-17-2
563

AD
20-07

23-00000-07

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

33- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Item/Região	34- Fator	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Fianqu. la/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Causa	42- Assinatura
1- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3 5 , 0 0	0 , 0 0	5 0 6 , 0 5	2 9			Geelane
2- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3 5 , 0 0	0 , 0 0	5 0 6 , 0 5	2 9			Geelane
3- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3 5 , 0 0	0 , 0 0	5 0 6 , 0 5	2 9			Geelane
4- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3 5 , 0 0	0 , 0 0	5 0 6 , 0 5	2 9			Geelane
5- 0 0												
6- 0 0												
7- 0 0												
8- 0 0												
9- 0 0												
0- 0 0												
1- 0 0												
2- 0 0												
3- 0 0												
4- 0 0												
5- 0 0												
6- 0 0												
7- 0 0												
8- 0 0												
9- 0 0												
0- 0 0												
1- 0 0												
2- 0 0												
3- 0 0												
4- 0 0												
5- 0 0												

43- Data Previsto Término do Tratamento

44- Tipo de Atendimento

45- Tipo de Faturamento

46- Total Quantidade US

47- Valor Total R\$

48- Total Fianqu. / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os projetos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e a carar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, a por mim assinado(s), foi(ram) 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 pagar com os custos previstos em contrato.

4.3-Observação

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Cole, local - Carimbo da Empresa

Lección 1