

619794
INTERCÂMBIO

ide

100

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	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	CONSULTA ODONTOLÓGICA										
2-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	11	D	1	6	1,00		S	14/08/21		[Assinatura]
3-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	6	1,00		S	14/08/21		[Assinatura]
4-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	6	1,00		S	14/08/21		[Assinatura]
5-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6	1,00		S	19/08/21		[Assinatura]
6-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	6	1,00		S	19/08/21		[Assinatura]
7-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	8	8,00		S	19/08/21		[Assinatura]
8-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	6	1,00		S	23/08/21		[Assinatura]
9-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	6	1,00		S	23/08/21		[Assinatura]
10-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	8	8,00		S	23/08/21		[Assinatura]
11-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	6	1,00		S	26/08/21		[Assinatura]
12-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	6	1,00		S	26/08/21		[Assinatura]
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

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

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

1759,00

47-Valor Total R\$

10,10

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, 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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), todoforam 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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	26/11/2018 [Assinatura]
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	26/11/2018 [Assinatura] F.S. dos Santos
53-Data, local e Carimbo da Empresa	

Dr. Leonardo Garcia
Cirujano - Dentista
C.R. 38540