



342832
INTERCÂMBIO

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00		0,00	S	25/10/17	2025/10/17
2-000810000421	RX PERIAPICAL		RPSE		1	4,00		0,00	S	25/10/17	2025/10/17
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Alinhamento	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Urgência/Emergência	47-Valor Total R\$	48-Total Quantidade US	49-Tipo de Faturamento	50-Tipo de Urgência/Emergência	51-Valor Total R\$	52-Total Quantidade US	53-Tipo de Faturamento	54-Tipo de Urgência/Emergência
		1-Total 2-Parcial		48,00	48,00						

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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e 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 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	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
21/10/2017/2020 <i>Wanderlei Cruz</i>	21/10/2017/2020 <i>Wanderlei Cruz</i>	21/10/2017/2020 <i>Wanderlei Cruz</i>	21/10/2017/2020

Dra. Marilene Moreira Cunha
ORTODONTIA E ODONTOPEDIATRIA

CRO/RJ 8132