

2-N^o305604
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

9

13-Norm

GABRIEL DO AMARAL RIBEIRO

08/08/1985

14-Telefone _____

15-Nome do titular do plano
GABRIEL DO AMARAL RIBEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO

18-Número no CRO
30438

RJ

Codigo CBO S

801 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

0	9	2	2	4	3	7	7	3	9			
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--

DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO

23-Número no
3043824-UF
RJ

25-Código CNEC

DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO

30438

R₂

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

[illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento

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

45-Tipo de Faturamento	1-Total	2-Farçia
	1	

46-Total Quantidade US 1

47-Valor Total R\$ 111

[illegible]

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 no contrato. Deixo, 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

Odontalgia + Exodontia da raiz residual

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa