



2-Nº

350265
INTERCÁMBIO

Dados do Beneficiário

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

025 -

Faturar Empresa

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação RS	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1- 0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6 1 0 0	0,00	24/09/20	X				
2- 0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	6 1 0 0	0,00	24/09/20					
3- 0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	P	1	6 1 0 0	0,00	24/09/20					
4- 0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	6 1 0 0	0,00	24/09/20					
5- 0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	6 1 0 0	0,00	24/09/20					
6- 0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	6 1 0 0	0,00	24/09/20					
7- 0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6 1 0 0	0,00	24/09/20					
8- 0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6 1 0 0	0,00	24/09/20					
9- 0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6 1 0 0	0,00	24/09/20					
10- 0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3 5 0 0	0,00	24/09/20					
11- 0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3 5 0 0	0,00	24/09/20					
12- 0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3 5 0 0	0,00	24/09/20					
13- 0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3 5 0 0	0,00	24/09/20					
14- 0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8												
15- 0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8												

43- Data Previsão Término do Tratamento

44- Tipo de Atendimento

45- Tipo de Faturamento

46- Total Quantidade US

47- Valor Total RS

48- Total Franquia / Co-participação RS

1- Tratamento Odontológico

2- Exame Radiológico

3- Ortodontia

4- Urgência/Emergência

1- Total

2- Parcial

6 8 9 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 arcar com os custos previstos em _____.

Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram 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. Observacio

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
10/06/11/2011
Dr. Anderson C. Felício
Cirurgião Geral

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/06/11/2011
Dr. Anderson C. Felício
Cirurgião Geral

53-Data, local e Carimbo da Empresa
10/06/11/2011
Cirurgião Geral
CRO-SC 14.959-0