



311279
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha

1	0	5	1	0	8	1	2	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Beneficiário		9-Empresa		10-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
		01 ADMINISTRADORA		11/11/11		708003340863725	

19	CAS GALDINO DA SILVA	04/07/1989	())	14--Telefone	15-Nome do titular do plano
					LUCAS GALDINO DA SILVA

Contratado Responsável pelo Tratamento	16-Número no CRO 90673	19-UF PI	20-Código CBO S	801 -
Indicando a RN	17-Nome do Profissional Solicitante MARCIA MARTINS DEDEIBA			

22-Nome do Contratado	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
MARCIA MARTINS DEBEIDA	22672	RJ	25

[illegible]

Tratamento / Procedimentos Solicitados		2007/2		2007/1	
31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Realço	34-Face	35-Qntd	36-Quantidade US
37-Valor	38-Quantidade US	39-Fratura/Coartilagem	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe 42, 43 e 44	45-Data de Realização

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Tipo de Atendimento 47-Tipo de Faturamento 48-Tipo de Atendimento 49-Tipo de Faturamento	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 1-Total 2-Parcial 1-Total 2-Parcial 1-Total 2-Parcial 1-Total 2-Parcial 1-Total 2-Parcial 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Quantidade US 49-Valor Total R\$	46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Quantidade US 49-Valor Total R\$
--	--	--	--

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 custos do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

[illegible]

Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51 - Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52 - Data, Local e Assinatura do Beneficiário e Responsável	53 - Data, Local e Carimbo da Empresa
 18/05/2011	 18/05/2011	 18/05/2011	 18/05/2011

[Handwritten signature]