

403415
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
ROGERIO DUARTE DA ROCHA

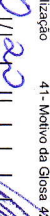
Dados do Contratado Responsável pelo Pagamento

025 - Faturar Empresa

25-Código CNEC

28-UF	29-Código CBO S
RJ	

Plano de Trabalho / 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 R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	13	D	1	6 1,0 0	0,0 0 0		S	29/10/20		
2- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	12	I	1	6 1,0 0	0,0 0 0		S	29/10/20		
3- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	21	I	1	6 1,0 0	0,0 0 0		S	29/10/20		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dado Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	12/9/11				
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	12/9/11	11/01/20			
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	12/9/11	11/01/20			
53-Data, local e Carimbo da Empresa	12/9/11	11/01/20			

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

Dr. Leonardo Garcia
Cirujano - Dentista
CRO-PJ 38540