

2-N⁺374349
INTERCÂMBIODados do Beneficiário

13-NOME	DANILO PANZUTO DE OLIVEIRA
19/12/2012	() 3 2 0 3 - 4 9 8 2
	LESSANDRO FIRMINO DE OLIVEIRA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF													
1	0	5	7	5	5	0	3	8	1	8	2		
22-Nome do Contratado Excitante													
ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA													
23-Número no CNU													
36455													
24-Cidade													
SP													
25-Código do Estado													
36													
26-Código do Município													
3600000													
27-Código do País													
36													
28-Código do Tipo de Contrato													
36													
29-Código do Tipo de Operação													
36													
30-Código do Tipo de Serviço													
36													
31-Código do Tipo de Produto													
36													
32-Código do Tipo de Serviço													
36													
33-Código do Tipo de Produto													
36													
34-Código do Tipo de Serviço													
36													
35-Código do Tipo de Produto													
36													

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-Uf	29-Código CBO
ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA	36455	SP	

[illegible]

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Intercalço	34-Fratura	35-Sexo	36-Etadomaximo em anos
1-1-0-0-0-0-8-4-0-0-0-0-9-0-		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	-	-	1	7 2 , 0 0 0 , 0 0 S 17

2.

[illegible][illegible][illegible]

9. 

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

43-Dia Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faltamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$
1/1	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	☐ 1-Total 2-Parcial	7 2, 00	10,

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 responsável pelo tratamento, e a pagar o valor devido, conforme orçamento apresentado, e a não interromper o tratamento antes de concluí-lo, sob pena de arcar com as consequências legais e financeiras decorrentes da interrupção do tratamento. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(s) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, o valor devido, conforme orçamento apresentado, e a não interromper o tratamento antes de concluí-lo, sob pena de arcar com as consequências legais e financeiras decorrentes da interrupção do tratamento.

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

[illegible][illegible]

Dr. Anthony S. Jordan / M. Fonseca
CROSP 36.455
Cirurgia Dentista

Dr. Agnieszka S. Jordan / M. Fonseca
CROSP 36.455
Cirurgia Dentista