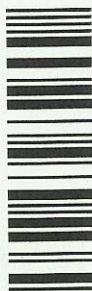


2-N-



368664
INTERCÂMBIO

12-Número do Cartão Nacional de SaúdeLESSANDRO FIRMINO DE OLIVEIRA

Usados no Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	10575503882								
22-Nome do Contratado Exercente	ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA								
23-Número no CRO	36455								
24-Uf	SP								
29-Código OAB									

26-Nome do Profissional Executante
ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
	1-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0 0 0		S	17/09/20		<i>[Assinatura]</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento _____

44-Tipo de Atendimento
☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
☐ 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantitativo US
 3 | 4 | 0 | 0

47-Valor Total R\$
 0 | 0 | 0

48-Total Fratura + Co-participação R\$

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
17/09/20
Mendes

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
17/09/20
Mendes

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável)
17/09/20
Mendes

53-Dia, local e Ciente ou o Representante
____/____/____

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, 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 contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (foram realizados) 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.