



24

418651
INTERCÂMBIO[illegible]

Unidade do Contribuinte Responsável pelo Faturamento (Indicar empresa e CN)		16-Número na CRO 46356		19-Uf SP		20-Código CRO S 025 -	
DENISE FANTON OREFFICE		21-Número na CRO 46356		24-Uf SP		25-Código CNES Faturar Empresa	
22-Código na Operação (CNPJ - CPF) 11711871141818218		23-Número do Contribuinte Específico DENISE FANTON OREFFICE		27-Número na CRO 46356		28-Uf SP	
29-Número do Contribuinte Específico DENISE FANTON OREFFICE		30-Código CRO S 46356		31-Código CRO S 46356		32-Código CRO S 46356	

30-7-Resposta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Ponto/Rubrica	34-Res	35-Cod	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R\$	39-Ant	40-Caixa de Realização	41-Mês/ano da Caixa	42-Signatura
1-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
2-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
3-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
4-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
5-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
6-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
7-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
8-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
9-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
10-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
11-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
12-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
13-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
14-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
15-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
16-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
17-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
18-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
19-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
20-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
21-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
22-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
23-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
24-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
25-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
26-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
27-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
28-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
29-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
30-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
31-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
32-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
33-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
34-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
35-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
36-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
37-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
38-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
39-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
40-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
41-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
42-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
43-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
44-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
45-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
46-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
47-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
48-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
49-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
50-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
51-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
52-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
53-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
54-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
55-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
56-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
57-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
58-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
59-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
60-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
61-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
62-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
63-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
64-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
65-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
66-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
67-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
68-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
69-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
70-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
71-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
72-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
73-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
74-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
75-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
76-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
77-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
78-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
79-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
80-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
81-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
82-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
83-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
84-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
85-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
86-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
87-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
88-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
89-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
90-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
91-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
92-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
93-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
94-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
95-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
96-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
97-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
98-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
99-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
100-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			

43-Data Fim do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Frequência Co-Participação R\$
☐ 1-1 ☐ 2-2 ☐ 3-3 ☐ 4-4 ☐ 5-5 ☐ 6-6 ☐ 7-7 ☐ 8-8 ☐ 9-9 ☐ 10-10 ☐ 11-11 ☐ 12-12	☐ 1-Tratamento Odontológico ☐ 2-Exame Radiológico ☐ 3-Ortodontia ☐ 4-Urgência/Emergência	☐ 1-Total ☐ 2-Parcial	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12

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 no contrato. Declaro, ainda que este procedimento (s) não foi (foram) realizado(s) por mim (assistido(s)). (Assinatura realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autoriza o Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-se a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Assistido

Assinatura do Profissional

Assinatura do Operadora

[illegible]