



369130
INTERCÂMBIO

1. Registro ABO 406414	3. Data de Emissão da Guia 10/03/2019	4. Data de Autorização 08/01/2019	5. Situação AUTORIZADO	6. Número da Guia Original 7844805	7. Data Validade da Guia 10/12/2019
8. Nome do Beneficiário MAURO ANTONIO PENITENTE		9. Plano POS REDE PRESTADORA	10. Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11. Data Validade da Carteira 1/1/1/1	12. Número do Cartão Nacional de Saúde
13. Nome MAURO ANTONIO PENITENTE		14. Telefone 02/01/1961	15. Nome do titular do plano CELIA REGINA LUIZAO PENITENTE		

16. Atendimentos a R\$ N		17. Nome do Contratado Responsável ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA	18. Número no CRO 36455	19. UF SP	20. Código CRO S 025 - Faturar Empresa
21. Código do Operador - CNP - CPF 10575503082		22. Nome do Contratado Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA	23. Número no CRO 36455	24. UF SP	25. Código CNE S Enviar - RX (I) 81000421- (F) 85400220-37
26. Nome do Profissional Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA		27. Número no CRO 36455	28. UF SP	29. Código CRO S	

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. An	40. Data de Realização	41. Motivo da Glosa	42. Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00			10/09/2019		RA
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00			11/09/2019		RA
3	0085400220	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	37		1	299,00	0,00			11/09/2019		RA
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43. Data Previsto Término do Tratamento 1/1/1/1	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 Quantidade US 327,00	47. Valor Total R\$ 0,00	48. Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	-----------------------------------	-----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do 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 os(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram 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 valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49. Observação	
----------------	--

50. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/09/2019 <i>Adriana S. Jordani M. Fonseca</i>	51. Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/09/2019 <i>Adriana S. Jordani M. Fonseca</i>	52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2019 <i>Mauro Antonio Penitente</i>	53. Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	--------------------------------------

Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca
CROSP 36.455
Cirurgiã Dentista

Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca
CROSP 36.455
Cirurgiã Dentista