



374349
INTERCÂMBIO

1-Registro ABO 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/2012	4-Data de Autorização 15/10/2012	5-Status AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7806600	7-Data Validade da Guia 11/12/2012
8-Endereço do Beneficiário 002025105506015795031			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 1/1/11
12-Nome DANILO PANZUTO DE OLIVEIRA			13-Data 10/12/2012	14-Telefone (11) 32034982	15-Nome do titular do plano LESSANDRO FIRMINO DE OLIVEIRA

16-Atendimento a Fís N						17-Nome do Profissional Substituto ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA						18-Número no CRO 36455		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código da Operadora - RBC - CPH 10575503882						22-Nome do Contratado Excludente ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA						23-Número no CRO 36455		24-UF SP		25-Código CNE S	
26-Nome do Profissional Contratado ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA						27-Número no CRO 36455		28-UF SP		29-Código CBO S							

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Figado	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Cópia	42-Assinatura
1	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			17/10/2012		Salomito
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Consultório 4 Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento 1 Total 2 Parcial	46-Total Quantidade US 72,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia - Co-participação R\$
--	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, avalio e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as condições 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 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 Carregador/Carregista Substituto 17/10/2012 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Carregador/Carregista 17/10/2012 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/10/2012 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---------------	--	---	--	---

Dr. Adriano S. Jordani da Fonseca
CROSP 36.455
Cirurgião Dentista

Dr. Adriano S. Jordani da Fonseca
CROSP 36.455
Cirurgião Dentista