



426593
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/11/2012	4-Data de Autorização 27/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8084999	7-Data Validade da Senha 22/12/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530372100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa IRIZETE APARECIDA PINHEIRO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome IRIZETE APARECIDA PINHEIRO LIMA		14-Telefone 01/06/1972	15-Nome do titular do plano IRIZETE APARECIDA PINHEIRO LIMA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA		18-Número na CRO 36455	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10575503882	22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA		23-Número na CRO 36455	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA			27-Número na CRO 36455	28-UF SP	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláusula 42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			15/12/2012	Adriana
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 Quantidade US 34,00	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 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), 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 15/12/2012 Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca CROSP 36.455 Cirurgiã Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/12/2012 Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca CROSP 36.455 Cirurgiã Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/12/2012 IRIZETE APARECIDA PINHEIRO LIMA	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--