



http://www.elsevier.com/locate/jmb

468578
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/3/10 21/21	4-Data de Autorização 10/3/10 21/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8262590	7-Data Validade da Senha 10/4/10 51/21
--------------------------	--	--	------------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 00001210215014900815007184301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO INFORMATICA S A	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__/____	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

15-Nome do titular do plano

13-Name	ALINE PAULA FARIAS DOS SANTOS
14-Date of Birth	20/09/1997
15-Fingerprints	() () () () () ()
16-Signature	ALINE PAULA FARIAS DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	18-Número no CRO 94101	19-UF SP	20-Código CBO S
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------

21	Código do Operador / CNPJ / CPE
22	Nome do Contratado Execitante

ZI-Código na Operadora / CNPJ / CPF	1755628897
ZI-Registro ou Contribuinte Exatidão	
Nome Completo	ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR
UF	SP
CNPJ	94101

26- Nome do Profissional Executante

ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	94101	SP
------------------------------	-------	----

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

[illegible][illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alienativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações e outras providências assistidas por este profissional contratado, comprometendo-me a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, os valores previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) conforme previsto em contrato. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, os valores previstos em contrato.

 080 841124

49-Ohsevarão

45-JUSTICAYAO

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
10/03/11 11/21/21	10/03/11 11/21/21	10/03/11 11/21/21	11/11/11