



2206772
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2012	4-Data de Autorização 11/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13524361	7-Data Validade da Guia 12/10/2015
Dados do Beneficiário					
1-Número da Carteira 002025010550602324203	3-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde	
3-Nome LUIZ HENRIQUE DEROLDO TARGINO		14-Telefone 04/01/2007	15-Nome do titular do plano RICARSON LUIZ PEREIRA TARGINO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
6-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EVANIA CRISTIANE ELIAS RODRIGUES SILVA	18-Número no CRO 134740	19-UF SP	20-Código CBO S	225 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 38337544000116	22-Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLÓGICA & ESTÉTICA OSB	23-Número no CRO 134740	24-UF SP	25-Código CNES 0519030	
26-Nome do Profissional Executante EVANIA CRISTIANE ELIAS RODRIGUES SILVA		27-Número no CRO 134740	28-UF SP	29-Código CBO 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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	140,00	0,00		S	11/10/2012		Luiz
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 140,00	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), 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.

9-Observação			
--------------	--	--	--

10-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/2012 Evania Rodrigues	11-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2012 Evania Rodrigues	12-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2012 Luiz	13-Data, local e Carimbo da Empresa 11/10/2012 Clínica Odontológica & Estética OSB Sociedade Unipessoal Ltda CNPJ: 38.337.544/0001-16
--	--	--	---