



375834
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012	4-Data de Autorização 15/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7873111	7-Data Validade da Senha 14/12/2012
8-Data de Desistência					
8-Número da Carteira 00202510550600914201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARCELA CAMPOS DE MORAES		14-Telefone 17/07/1981	15-Nome do titular do plano MARCELA CAMPOS DE MORAES		
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA		18-Número no 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 no CRO 36455	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA		27-Número no CRO 36455	28-UF SP	29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa

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 Glosa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	16/09/2012		Marcelo C.
2-00	84000198	PROFILAXIA POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	16/09/2012		Marcelo C.
3-00	84000198	PROFILAXIA POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	16/09/2012		Marcelo C.
4-00	84000198	PROFILAXIA POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	16/09/2012		Marcelo C.
5-00	84000198	PROFILAXIA POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	16/09/2012		Marcelo C.
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Úrgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	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.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/10/2012 [Assinatura] Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca CROSP 36455 Cirurgiã Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/2012 [Assinatura] Dr. Adriano S. Jordani M. Fonseca CROSP 36455 Cirurgiã Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/2012 Marcela C. de M.	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	---	--	--