

325845
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 11/17/10 16/12/10	4-Data de Autorização 11/17/10 16/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7640991	7-Data Validade da Sanha 11/15/10 19/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10021021511055060098511011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome ANA LIGIA ESPERANA IBANHEZ	31/07/1986	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANA LIGIA ESPERANA IBANHEZ
---------------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA BRAZIL IMAGEM LINS LTDA	18-Número no CRO 112010	19-UF SP	20-Código CBO S 09
------------------------	--	----------------------------	-------------	-----------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12172589114854	22-Nome do Contratado Executante ADAIR TRAPICHE JUNIOR	23-Número no CRO 112010	24-UF SP	25-Código CNES (1) 81000405
---	---	----------------------------	-------------	--------------------------------

26-Nome do Profissional Executante ADAIR TRAPICHE JUNIOR	27-Número no CRO 112010	28-UF SP	29-Código CBO S
---	----------------------------	-------------	-----------------

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 Glor	42-Assinatura
1-	00	81000405			1	7181010	01010		S	19/06/2017		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Fraturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas, 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 realizado(s) de acordo com o 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, compondo-me a arcar com os custos conforme previsto no contrato. Assinatura do Profissional Responsável: **ADAIR TRAPICHE JUNIOR** CROISP 112010

CROISP

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/10 6/11/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/10 6/11/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/10 11/10/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/10/10 11/10/10
---	---	--	--