

2-N^o

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/6/11/01/2011	4-Data de Autorização 01/3/11/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7999910	7-Data Validade da Senha 12/11/01/11/2011	405089 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 01012012510506019178011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELENA MITIE SAKUMA		16/07/1949		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano ELENA MITIE SAKUMA

16-Alteramento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-UF		20-Código CBO S	
N		CONTACT DENTAL		69457		SP		03	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante		23-Número no CRO		24-UF		25-Código CNES	
1171410171911418771111		ANA PATRICIA CECE DELAFIORI		69457		SP			
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO		28-UF		29-Código CBO S		Faturar Empresa	
ANA PATRICIA CECE DELAFIORI		69457		SP				Enviar - RX	
								(IF) 85200115-45	

[illegible]

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(ram) 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.

Enviar rx inicial e final na produção.

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	10/3/11 11/12/10	Dra. Ana Patrícia Cecchi Delafiori	Cirurgiã Dentista	CROSP 69457
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	10/3/11 11/12/10	Dra. Ana Patrícia Cecchi Delafiori	Cirurgiã Dentista	CROSP/69457
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	10/3/11 11/12/10			
53-Data, local e Carimbo da Empresa	10/3/11 11/12/10	CNPJ: 26.888.247/0001-80 RUA BERTHOGA, 23 - PÇA DA ÁRVORE SÃO PAULO SP / CROSP 17.223		

CONTACT DENTAL CLINICA OHTONOLÓGICA

CNPJ: 26 888 247/0001-80

RUA BERTIÖGA, 23 - PCA DA ÁRVORE

SÃO PAULO SP / CROSP 17.229