



2. No

424520
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
1|9|/|0|2|/|2|1|

1001

Guia Principal

6-Número da C
8076951DO

5-Senha
AUTORIZAÇÃO

7/11/11 210

4-Data de	21
-----------	----

3-Data de Emissão da Gu
12/11/11

1141

1-Registrazione ANS
406414

Dados do Beneficiário		3-Plano		10-Empresa		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira		POS REDE PRESTADORA		MADERO COMERCIO DE					
000202508835000234101									

13-Nome	14-Telefone	15-Norma do titular do plano
CILINETE SOUZA DOS SANTOS	()	CILINETE SOUZA DOS SANTOS
26/08/1999		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alendramento e RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número do CRO	19-UF	20-Código CBO S	025 -

N	IRANI XAVIER DE SOUZA	9836	DF	25-Código CNES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRD	24-UF	

[illegible]

IRANI XAVIER DE SOUZA	9836	DF
-----------------------	------	----

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Ponto/Região	34-Eixo	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchin/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1.0.0.0	815100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	D	11	161	100	0,00		30/09/2012	Dr. Celso

[illegible][illegible][illegible][illegible]

8	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

estou, que tipo de custo eu vou ter com esse contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), diferam realizado(s), 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.

92-0001 N6p20

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
13/11/11 12/11/11	13/11/11 12/11/11	13/11/11 12/11/11	13/11/11 12/11/11

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Dr. Maria Xantou
Cirurgia Dentária
CRO - DF 9636