



299342
INTERCAMBIO

1-Região ANS	00614
3-Cidade de Emissão de Guia	110110311201
4-Dia de Emissão da Guia	08/09/2012
5-Série	00003700
PEDIMENTO DE LICITACAO	200002
6-Número de Guia Provisória	2421187
7-Zona Validação de Nota	0810611201

Dados do Beneficiário	
9-Aluno(a) em Carteira	0 0 2 0 2 5 1 0 8 7 5 1 1 0 0 1 1 9 7 7 0 1 3
8-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	CASTROLANDA COOPERATIVA
11-Dados Válidos da Carteira	U U U U U U U U
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

13-Nome	ANNA JULIA DE OLIVEIRA ALMEIDA
14-Teléfono	06/03/2008
15-Sistema de billetes do plano	(115) 181109151126
16-Sistema de billetes do plano	MERI AP DE OLIVEIRA DA CRUZ ALMEIDA

Dados do Cientista Responsável pelo Tratamento				
16-Advertendo a FNN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-Uf	20-Código CBO 8
N	BEATRIZ DEMARCH SIQUEIRA CAMPOS	113097	SP	025 -

27-Código no Conselho (CNE/C/CFE)	22-Atividade da Contribuinte, Exatidão	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CHES
41804360864	BEATRIZ DEMARCH SIQUEIRA CAMPOS	113097	SP	
26-Sistema de Proteção ao Contribuinte	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CRO 8	
BEATRIZ DEMARCH SIQUEIRA CAMPOS	113097	SP		

Forma de Tratamento / Procedimento Solicitado			

[illegible]

2.

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]

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

43 Data Previsto Término do Tratamento	1/1	1/1	1/1
44 Tipo de Atendimento	1-1 Tratamento Odontológico 2-Odontia 3-Ortodôntia 4-Emergência		
45 Tipo de Faturamento	1-Totál 2-Parcial		
46 Total Quantidade US		260,00	
47-Mais Total R\$		10,00	
48-Total Franquia /Co-participação			

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os objetivos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos.

18. O denunciado, ao contrário, declarou, ainda que o(s) processamento(s) tenha(m) sido(m) realizado(s) em nome do denunciado, que não se responsabiliza pelo pagamento dos honorários advocatícios e das custas processuais, comprometendo-se a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

[illegible]

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
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----