



282428
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/02/2010	4-Data de Autorização 06/02/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7376916	7-Data Validade da Senha 04/05/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202510550601536102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---

13-Nome MICHELE ANDRADE SILVA	14-Telefone 29/05/1986	15-Nome do titular do plano GERMAIN TABOR ANDRADE SILVA
----------------------------------	---------------------------	--

16-Alcance do R.R. N		17-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO DE MELLO	18-Número no CRO 55092	19-UF SP	20-Código CBO 8	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16421958800		22-Nome do Controlador do Executante JOSE EDUARDO DE MELLO	23-Número no CRO 55092	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JOSE EDUARDO DE MELLO		27-Número no CRO 55092	28-UF SP	29-Código CBO 8		

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/02/20		Michele
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	18/02/20		Michele
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00		S	11/03/20		Michele
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	11/03/20		Michele
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	18/03/20		Michele
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	18/03/20		Michele
7	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	04/05/20		Michele
8	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	04/05/20		Michele
9	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	04/05/20		Michele
10	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	04/05/20		Michele
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Realização do Tratamento 09/05/2010	44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 483,00	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 presente documento foi assinado por mim e por 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-Assinatura e Rubrica do Profissional Solicitante Dr. Jose Eduardo de Mello CRO 55092	51-Assinatura e Rubrica do Profissional Responsável Michele Andrade Silva CRO 55092	52-Assinatura e Rubrica do Profissional Responsável Michele Andrade Silva CRO 55092	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------