


1704864
INTERCÂMBIO

1º Nome ANS 406414	3º Data de Emissão da Guia 01/11/2023	4º Data de Autorização 11/11/2023	5º Serviço AUTORIZADO	6º Número da Guia Principal 11947463	7º Data Validade da Guia 12/09/2024
-----------------------	--	--------------------------------------	--------------------------	---	--

8º Nome do Paciente LUCIANA DE OLIVEIRA VAZ	9º Pos Rede Prestadora POS REDE PRESTADORA	10º Instituição de Assistência INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11º Data Validade da Carteira 11/11/2023	12º Nome do Cartão Nacional de Saúde LUCIANA DE OLIVEIRA VAZ
--	---	--	---	---

13º Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento LUCIANA DE OLIVEIRA VAZ	14º Telefone 19/10/1972	15º Nome do titular do plano LUCIANA DE OLIVEIRA VAZ
16º Endereçamento a Dto MARCELO TERRA FERNANDES	17º Nome do Profissional Solicitante MARCELO TERRA FERNANDES	18º Número no CRO 93414
19º Nome do Contratado Emissor MARCELO TERRA FERNANDES	20º Número no CRO 93414	21º Número no CRO 93414
22º Nome do Profissional Emissor MARCELO TERRA FERNANDES	23º Número no CRO 93414	24º UF SP
25º Nome do Profissional Emissor MARCELO TERRA FERNANDES	26º Número no CRO 93414	27º UF SP

28º Data de Tratamento / Procedimento Solicitado	29º Data de Pagamento	30º Data de Pagamento	31º Data de Pagamento	32º Data de Pagamento	33º Data de Pagamento	34º Data de Pagamento	35º Data de Pagamento	36º Data de Pagamento	37º Data de Pagamento	38º Data de Pagamento	39º Data de Pagamento	40º Data de Pagamento	41º Data de Pagamento	42º Data de Pagamento	43º Data de Pagamento	44º Data de Pagamento	45º Data de Pagamento	46º Data de Pagamento	47º Data de Pagamento	48º Data de Pagamento	49º Data de Pagamento	50º Data de Pagamento	51º Data de Pagamento	52º Data de Pagamento	53º Data de Pagamento	54º Data de Pagamento	55º Data de Pagamento	56º Data de Pagamento	57º Data de Pagamento	58º Data de Pagamento	59º Data de Pagamento	60º Data de Pagamento	61º Data de Pagamento	62º Data de Pagamento	63º Data de Pagamento	64º Data de Pagamento	65º Data de Pagamento	66º Data de Pagamento	67º Data de Pagamento	68º Data de Pagamento	69º Data de Pagamento	70º Data de Pagamento	71º Data de Pagamento	72º Data de Pagamento	73º Data de Pagamento	74º Data de Pagamento	75º Data de Pagamento	76º Data de Pagamento	77º Data de Pagamento	78º Data de Pagamento	79º Data de Pagamento	80º Data de Pagamento	81º Data de Pagamento	82º Data de Pagamento	83º Data de Pagamento	84º Data de Pagamento	85º Data de Pagamento	86º Data de Pagamento	87º Data de Pagamento	88º Data de Pagamento	89º Data de Pagamento	90º Data de Pagamento	91º Data de Pagamento	92º Data de Pagamento	93º Data de Pagamento	94º Data de Pagamento	95º Data de Pagamento	96º Data de Pagamento	97º Data de Pagamento	98º Data de Pagamento	99º Data de Pagamento	100º Data de Pagamento
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, concordo e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrários. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(s) 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49 Observação:
Favor anexar na produção fotos finais das PPR adaptadas.

Dr. Marcelo Terra Fernandes
Cirurgião Dentista
CRD SP 93414

Dr. Marcelo Terra Fernandes
Cirurgião Dentista
CRD SP 93414