



313825
INTERCÁMBIO

transmissão para você

3-Data de Emissão da Guia 1 6 / 0 5 / 2 0		4-Data de Autorização 2 7 / 0 5 / 2 0	
5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7567248	
7-Data Validade da Senha 1 4 / 0 8 / 2 0			

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

do Beneficiário	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira
Hero da Carteira	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	___/___/___
0 2 0 2 1 0 5 5 0 6 0 0 7 5 3 5 0 3			
me	27/10/2008	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
		()	ALINE DE FARIA

LUIZA FARIA APOLINARIO

do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante		19-UF		20-Código CBO S	
endereço a RN		PAULA CRISTINA MARQUES PONTES		SP			
Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante		24-UF		25-Código CNES	
19707015881		PAULA CRISTINA MARQUES PONTES		SP			
Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO		28-UF		29-Código CBO S	
PAULA CRISTINA MARQUES PONTES		74198		SP			

025 - Faturar Empresa

IDiogo na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante		23-Número no CRO		24-UF		25-Código CNES	
9 7 0 7 0 1 1 5 8 8 8		PAULA CRISTINA MARQUES PONTES		74198		SP			
Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO		28-UF		29-Código CBO S			
PAULA CRISTINA MARQUES PONTES		74198		SP					

III A CRISTINA MARQUES PONTES

de Tratamento / Procedimentos Solicitados	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
001840000074	Abelha	45		1	49,00		0,00	S	27/05/20	
APLICAÇÃO DE SELANTE DE										

Blank handwriting practice lines.

[illegible]

☐ / ☐ / ☐ / ☐ / ☐ / ☐

☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Exame de Urgência em Emergência

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acetto e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) 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 devidos.

ဟေ့ကော့

1ª - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2010 Paula Pontes	2ª - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2010 Paula Pontes	3ª - Data, local e Assinatura do Beneficiário/ Responsável 21/10/2010 Jennifer	4ª - Data, local e Assinatura da Empresa 21/10/2010
---	---	--	---