



413111
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/6/11 11/210	4-Data de Autorização 11/0/11 11/210	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8028355	7-Data Validade da Senha 10/4/10 12/1211
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 1012202511055106005321001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SALETE DA SILVA	14-Telefone (11) 28/05/1966	15-Nome do titular do plano SALETE DA SILVA		

16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 112913 SP	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10811529191610	22-Nome do Contratado Excutante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 112913	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Excutante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	8540386	PRÓTESE PARCIAL REMOVIVEL	AS		1	1698100	1000	1000	18/12/11	18/12/11	58,00	58,00
2-00	8540386	PRÓTESE PARCIAL REMOVIVEL	AI		1	1698100	1000	1000	18/12/11	18/12/11	58,00	58,00

44-Tipo de Alendimento	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
				333916100	1010101	

relato, 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 contratado que assina esse documento, os valores fixados, 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 assistente e arcar com os custos previstos em referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

ANEXAR FOTO FINAL DA PPRS ADAPTADAS PARA ANALISE NA PRODUÇÃO

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Suellem Mezzette de Oliveira CROSP 112913	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Suellem Mezzette de Oliveira CROSP 112913	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/12/11
---	---	---