

[illegible]

2-Nº

437335
INTERCÂMBIO

7-Data Validade de Senha

1	0	9	/	0	3	/	2	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

6-Número da Guia Principal
8130174

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
10/12/2010

019/112/201

3-D	
414	nitro ANS

10-Beneficiário	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional do Saúde
0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 0 7 4 2 7 0 1	11/11/11	
9-Empresa	10-Empresa	
POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	

13	SEANE DE OLIVEIRA MARIN	09/01/1968	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ROSEANE DE OLIVEIRA MARIN
----	-------------------------	------------	------------------------------	--

17-Nome do Profissional Solicitante LUICIMARA DOS SANTOS	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
--	--------------------	---------------------------------

22-Nome do Contratado Execução	23-Número no CRC	24-UF	25-Código CNES
LUCIMARA DOS SANTOS	132199	SP	

27-Número no CRO 132199		28-UF SP	29-Código CBO S
----------------------------	--	-------------	-----------------

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

☐ 1 - Tratamento Odontológico ☐ 2 - Exame Radiológico ☐ 3 - Ortopedia ☐ 4 - Urgência/Emergência ☐ 1 - Total ☐ 2 - Parcial ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 0

des ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Deplista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	-------------------------------------

[illegible]

520