



408569
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/9/11 00/12/01	4-Data de Autorização 31/01/11 00/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8011365	7-Data Validade da Senha 21/7/11 01/12/11
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 010202511055060121117011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome CINTIA MARIA JARDO MARTINS	14-Telefone 20/03/1970 () - - - - -	15-Nome do titular do plano CINTIA MARIA JARDO MARTINS
---------------------------------------	---	---

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante A.R ODONTOLOGIA BEM ESTAR	18-Número no CRO 30136	19-UF SP	20-Código CBO 3 10	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04450751809	22-Nome do Contratado Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO	23-Número no CRO 30136	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85400220-11
--	---	---------------------------	-------------	----------------	---------------------------------

26-Nome do Profissional Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO	27-Número no CRO 30136	28-UF SP	29-Código CBO 3
---	---------------------------	-------------	-----------------

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-	0085400220	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	11		1	299,00	0,00			31/01/11		
2-	0085400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	11		1	154,00	0,00			31/01/11		
3-	0085400157	COROA TOTAL METALO-	11		1	1343,00	0,00			31/01/11		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1796,00	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(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/01/11 2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/01/11 2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/01/11 2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--