





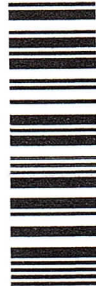






ANEX D





2-N-2

315091
INTERCÂMBIO

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

13-Nome	ANGELA FERREIRA DA SILVA JANUARIO
14-Telefone	0210/1968
15-Nome do titular do plano	ANGELA FERREIRA DA SILVA JANUARIO

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SANTOS MONTEIRO	18-Número no CRO 134314	19-UF SP	20-Código CRO S 025 -	Faturar Empresa
--------------------------	---	-----------------------------------	--------------------	---------------------------------	------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4 3 2 0 3 0 0 8 8 2 3	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SANTOS MONTEIRO	23-Número no CRO 134314	24-UF SP	25-Código CNES []	Enviar - RX (F) 85200140-14 (I) 85100218
--	---	----------------------------	-------------	-----------------------	--

	26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-JF	29-Código CBO S	(I) F; 85200166-23 (II) 85100200
	RODRIGO SANTOS MONTEIRO	134314	SP		(I) 85100218 (II) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
10- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Old	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Classa	42- Assinatura

[illegible][illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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), folio/gram realizado(s) com meu consentimento, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores combinados para o tratamento realizado, comprometo-me a arcar com os custos previstos em contrato.

[illegible]

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

11/06/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/06/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/06/2012

53-Data, local e Carimbo da Empresa

11/06/2012