



376148
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012	4-Data de Autorização 19/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7874790	7-Data Validade da Senha 14/11/2012
8-Identificação do Beneficiário					
9-Número da Carteira 00202510550601151504		10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	12-Data Validade da Carteira 11/11/11	13-Número do Cartão Nacional de Saúde
14-Nome JOAO VINICIUS CANELLA		15-Data de Nascimento 18/09/2012	16-Telefone (11) 1111-1111	17-Nome do titular do plano JOAO DOMINGOS LOPES CANELLA	
18-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
19-Atendimento a FIM N	20-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA		21-Número no CBO 36455	22-UF SP	23-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
24-Código na Operadora - CNEP - CIP 10575503882		25-Nome do Contratado Executor ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA		26-Número no CBO 36455	27-UF SP
28-Nome do Profissional Executor ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA		29-Número no CBO 36455		30-UF SP	31-Código CBO S

32-Tabeta	33-Código do Procedimento	34-Descrição	35-Dentifregião	36-Face	37-Qtd	38-Quantidade US	39-Valor	40-Franquia Co-participação R\$	41-Aut	42-Costa de Realização	43-Motivo da Classificação
1-0081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	21/09/2012	
2-0084000090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	7,20	0,00		S	21/09/2012	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

44-Costa Prevista - Termino do Tratamento 11/11/11	45-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Exame 4- Urgência Emergência	46-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	47-Valor Total US 106,00	48-Valor Total R\$ 0,00	49-Valor Total Franquia Co-participação R\$
---	---	---	-----------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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), dente(s) acima e por mim assinado(s), foi(ram) 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.

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 21/10/2012 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Contratado Beneficiário 21/10/2012 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 21/10/2012 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	---	--	---

Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca
CBO 36455

Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca
CBO 36455