



375844
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012	4-Data de Autorização 15/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7873169	7-Data Validade da Senha 14/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202510550600914203		13-Plano ANA CLARA CAMPOS MORAES BATTAGLINI		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCELA CAMPOS DE MORAES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 36455		19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RA N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA	21-Código na Operadora - CNPJ - CPT 10575503882		22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA	23-Número no CRO 36455
26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA		27-Número no CRO 36455		28-UF SP	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rodão	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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	16/09/2012		Marcelo
2	0084000198	PROFILAXIA POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	16/09/2012		Marcelo
3	0084000198	PROFILAXIA POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	16/09/2012		Marcelo
4	0084000198	PROFILAXIA POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	16/09/2012		Marcelo
5	0084000198	PROFILAXIA POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	16/09/2012		Marcelo
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 do Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	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), 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.

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/09/2012 [Assinatura] Dr. Adriana S. Jordani Fonseca CROSP 35.455 Cirurgiã Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/09/2012 [Assinatura] Dr. Adriana S. Jordani Fonseca CROSP 35.455 Cirurgiã Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 16/09/2012 [Assinatura] Marcelo C. de M.	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--