



2-Nº

467974
INTERC

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 02/02/2012		4-Data de Autorização 25/03/2012		5-Serinha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8259960		7-Data Validade da Serinha 03/05/2012		467974 INTERCÂMBIO									
8-Número da Carteira 00202025272199000040401		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INDUSTRIA E COMERCIO DE		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde													
13-Nome PALOMA BARBOSA PACHECO		14-Telefone		15-Nome do titular do plano PALOMA BARBOSA PACHECO		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 041818248947		22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		18-Número no CRO 8307		19-LUF SC		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa											
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		27-Número no CRO 8307		24-UF SC		25-Código CNES		26-Código CBO S													
30-Tabela 1-001348		32-Descrição DOC ORTODONTICA "E"		33-Dente/Região 1		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 313100		37-Valor 0100		38-Franquia/Co-participação R\$ 0100		39-Aut S		40-Data de Realização 25/03/2012		41-Molho da Glaxo 42-Assinatura X Palome	
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 313100		47-Valor Total R\$ 0100		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0100											
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 f.: na 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 25/03/2012																					
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/03/2012																					
52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista																					

M. Paulo X - Radiologia Odontológica Ltda.
CNPJ 07.862.615/0001-76
Dra Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307