

1-Rede: 4119	2-Data de Emissão de Carta: 20/06/14	3-Data de Emissão de Carta: 27/11/2012	4-Data de Autocancelamento: 28/11/2012	5-Status: AUTORIZADO	6-Número de Cota Principal: 89000219	7-Digitos Validados da Série: 25/101121
--------------	--------------------------------------	--	--	----------------------	--------------------------------------	---

406050
MERCAMBIO

8-Número da Carteira	0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 9 1 7 8 0 1
9-Código	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	INSTITUTO DE ASSISTENCIA
11-Dia Validade da Carteira	1 1 / 1 1 / 1 1
12-Número do Cartão	

13- Nome	ELENA MITTE SAKUMA
14- Telefone	16/07/1949
15- Nome do titular do plano	ELENA MITTE SAKUMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CONTACT DENTAL	18-Número no CRO 69457	19-Uf SP	20-Código CBO S 03	025 - Editora Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	117407914877
22-Nome do Contratado / Exclatante	ANA PATRICIA CECE DELAFIORI
23-Número no CRO	69457
24-UF	SP
25-Código CNES	Enviar - RX (1) 81000421-

25-Nome do Profissional Exercente	27-Número no CRO	28-Uf	29-Código CBO S
ANA PATRICIA CECE DELAFIORI	69457	SP	(1) 8100421-RPID

30-Ítem:	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DenteRegião	34-E-ee	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-FranquiaCo-participação RS	39-Anl	40-Data
----------	---------------------------	--------------	----------------	---------	--------	------------------	----------	-------------------------------	--------	---------

[illegible]

4.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

7-	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

9.

[illegible][illegible]

44. Tipo de Atendimento	45. Tipo de Exame	46. Total Quantidade IIS	47. Valor Total R\$
15			

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acato e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional de saúde. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ão) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional de saúde, o valor devido pelo tratamento, comprometendo-me a apresentar o comprovante de pagamento em caso de solicitação. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ão) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional de saúde, o valor devido pelo tratamento, comprometendo-me a apresentar o comprovante de pagamento em caso de solicitação.

19-Observação

CONTACT

50-Data, local e Assinatura do Círculo-Donista Solicitante	12/01/10/2019
51-Data, local e Assinatura do Círculo-Donista	12/01/10/2019
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	12/01/10/2019
53-Data, local e Carimbo do Entregador	12/01/10/2019

	Dra. Ana Patrícia Cecchi Desafiori		SÃO PAULO
	Dra. Ana Patrícia Cecchi Desafiori		SÃO PAULO

Cirurgia Dentista
CROSP 69457

CONTACT DENTAL CLINICA ODONTOLÓGICA

53-Data, local e Carimbo da Empresa: 26 888 247/0001-80

SÃO PAULO SP / CROSP 17.226