



564269
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/2012	4-Data de Autorização 04/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8631297	7-Data Validade da Senha 24/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número do Cartão 0012020251105506009732011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NILMA SOARES DA ROCHA			14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano NILMA SOARES DA ROCHA	
16-Data de Nascimento 08/09/1966					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
18-Acordamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTA COLUSSI PELINI POLIDORO	18-Número no CRO 59102	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 26881207867	22-Nome do Contratado Executante ROBERTA COLUSSI PELINI POLIDORO	23-Número no CRO 59102	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ROBERTA COLUSSI PELINI POLIDORO	27-Número no CRO 59102	28-UF SP	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		33-Descrição	33-Descrição	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa e Participação
30-Tabela	31-Código do Procedimento	CONSULTA ODONTOLÓGICA				34,00	0,00			05/10/2012	2024
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36,00	0,00			05/10/2012	2024
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		36,00	0,00			05/10/2012	2024
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIID	1		36,00	0,00			05/10/2012	2024
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		36,00	0,00			05/10/2012	2024
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Final do Tratamento 05/10/2012	44-Tipo de Acordamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	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 04/10/2012 Roberto C. P. Polidoro	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (ou Representante) 04/10/2012 Nilma Soares da Rocha	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--