

462205
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 12/6/10 11/2 11	4-Data de Autorização 12/7/10 11/2 11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8235588	7-Data Validade da Senha 12/6/10 4/1/2 11
--------------------------	--	--	------------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira		11-Data Validade da Carteira	
0	0	1	1
2	2	5	5
5	5	3	3
0	0	7	7
1	1	0	0
0	0	9	9
6	6	5	5
5	5	0	0
1	1		
9-Plano		10-Empresa	
POS REDE PRESTADORA		ELIANE S A REVESTIMENTOS	
13-Nome		14-Teléfono	
GABRIELA BOAROLI GALLI		() - - - - -	
15-Nome do titular do plano		16-Data de Nascimento	
GABRIELA BOAROLI GALLI		24/11/1998	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM		18-Número no CRO 8307		19-UF SC	20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 041881248914711		22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS			23-Número no CRO 8307		24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		27-Número no CRO 8307			28-UF SC	29-Código CBO S			
								Enviar - RX	
								(I) 810000405	
								(I) 810000375-RPD	
								(I) 810000421-RIS	
								(I) 810000375-RMD	
								(I) 810000375-RME	
								(I) 810000421-RPE	
								(I) 810000421-RRI	
								(I) 810000421-RCE	

[illegible]

☐ 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Consultas 4- Urgências e Emergências

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), fôrmam 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 devidos, incluindo, inclusive, honorários, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

[illegible]

52. Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

CNP: 07.962.615/0001-76

Dr. Martin T. Medeiros

Beardi Galli