



915598
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/11/03 12:21		5-Serinha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9704416		7-Data Validade da Serinha 19/10/06 12:21		
Dados do Beneficiário										
8-Número da Carteira 00202510550601587203		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome MICHELLI VALENTE BARAUNA										
14-Telefone										
15-Nome do titular do plano VICENTE BARAUNA DE MAURO										
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento										
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante IRAMARA FELIX PIRES		18-Número no CRO 72296		19-UF SP		20-Código CBO S		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 124719336884		22-Nome do Contratado Executante IRAMARA FELIX PIRES		23-Número no CRO 72296		24-UF SP		25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante IRAMARA FELIX PIRES		27-Número no CRO 72296		28-UF SP		29-Código CBO S		30-UF SP		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut. 40-Data de Realização	41-Motivo da Glória 42-Assinatura
1-00081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00	0,00		10/04/12	
2-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			1	36,00	0,00		10/04/12	
3-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			1	36,00	0,00		10/04/12	
4-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			1	36,00	0,00		10/04/12	
5-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			1	36,00	0,00		10/04/12	
6-										
7-										
8-										
9-										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
43-Data Previsto Término do Tratamento 10/04/12	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-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/foram 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	
Dra. Iramara Felix Pires Cirurgião Dentista CRO-SP 72296 12/11/03 12:21	
Dra. Iramara Felix Pires Cirurgião Dentista CRO-SP 72296 10/04/12	
50-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista 12/11/03 12:21	
51-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista 10/04/12	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/04/12	
53-Data, local e Carimbo da Empresa	