



579942
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/2016 4-Data de Autorização 11/01/2016 5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO 6-Número da Guia Principal 8683728 7-Data Validade da Senha 10/08/2019 12-11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202510550601956902 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/01/2016 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CRISTIANE DE LOURDES ALMEIDA BORCHES 21/08/1982 14-Telefone (11) 39691064 15-Nome do titular do plano RENATO BORCHES JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matrimônio a RN 17-Nome do Profissional Solicitante NATHALLIA LIMA CAPATI 18-Número no CRO 122536 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14159871844 22-Nome do Contratado Executante NATHALLIA LIMA CAPATI 23-Número no CRO 122536 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante NATHALLIA LIMA CAPATI 27-Número no CRO 122536 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denier/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Exclusão	42-Assinatura
1-10	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34	100	10,00	10,00		10/06/2016		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Exame Radiológico	46-Ortodontia	47-Urgência/Emergência	48-Tipo de Tratamento	49-Tipo de Tratamento	50-Tipo de Tratamento	51-Tipo de Tratamento	52-Tipo de Tratamento	53-Tipo de Tratamento	54-Tipo de Tratamento	55-Tipo de Tratamento
11/01/2016	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Exame Radiológico	46-Ortodontia	47-Urgência/Emergência	48-Tipo de Tratamento	49-Tipo de Tratamento	50-Tipo de Tratamento	51-Tipo de Tratamento	52-Tipo de Tratamento	53-Tipo de Tratamento	54-Tipo de Tratamento	55-Tipo de Tratamento
11/01/2016	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

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 no 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 v referências 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 11/06/2016 N. Capati 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/2016 N. Capati 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/2016 S. 53-Data, local e Campo da Empresa 10/06/2016 CRO-SP 122536