

2-N



346664
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		2-Código de Emissão da Guia 12171101711210		3-Dado de Autorização 12191101711210		4-Série AUTORIZADO		5-Número da Guia Principal 7739751		6-Código Validador da Série 1215111011210	
7-Dados do Beneficiário											
8-Endereço da Carteira 1010121012151111911710101017161014				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa TRANSPORTADORA BOA VIAGEM			
11-Nome JOAO VICTOR SOUZA ATANAZIO				12-Data de Emissão 04/03/2011				13-Telefone (1111) 181717110141715			
14-Dados do Contribuinte Responsável pelo Tratamento											
15-N N		16-Nome do Profissional Solicitante DENISE FANTON OREFICE		17-Nome do Contribuinte Exatante DENISE FANTON OREFICE		18-Número no CNO 46356		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / Cnpj / Cpf 117111817114181812181111				22-Nome do Contribuinte Exatante DENISE FANTON OREFICE				23-Número no CNO 46356		24-UF SP	
25-Endereço do Contribuinte Exatante DENISE FANTON OREFICE				26-Número no CNO 46356				27-UF SP		28-Código CBO S	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
INTERCAMBIO 346664											

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista Regula	34-Face	35-Quid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Diaria de Realização	41-Moeda da Grava	42-Assinatura
1-10	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	0,00	0,00	1	14	06	20
2-10	0	RESTAURAÇÃO RESINA		0	1	16	1,00	0,00	1	10	08	20
3-10	0	APLICAÇÃO DE SELANTE DE			1	14	9,00	0,00	1	06	08	20
4-10	0	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	17	2,00	0,00	1	10	08	20
5-10												
6-10												
7-10												
8-10												
9-10												
10-10												
11-10												
12-10												
13-10												
14-10												
15-10												

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Fratura / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito a autoria e a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos anualmente. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (foram realizados) 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 ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

60-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Dato, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/ Responsável

553-Data, local e Carimbo da Empresa

CRD 46.356