



2544260
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 4 / 1 1 / 2 5	4-Data de Autorização 1 8 / 1 1 / 2 5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14617071	7-Data Validade da Senha 1 3 / 0 1 / 2 6
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 0 7 8 8 9 5 5 0 0 0 7 1 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DOCOL INDUSTRIA E COMERCIO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705402464436099
13-Nome DAVI FERNANDO BRESSANIN 12/06/1988	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DAVI FERNANDO BRESSANIN		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA VIEIRA CARVALHO	18-Número no CRO 75618	19-UF MG	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 2 2 3 9 7 6 4 6 6 0	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA VIEIRA CARVALHO	23-Número no CRO 75618	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA VIEIRA CARVALHO	27-Número no CRO 75618	28-UF MG	29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 5 1 0 0 0 6 4	FACETA DIRETA EM RESINA	11		1	1 7 2 0 0	0 0		S	/ /		
2-	0 0 8 5 1 0 0 0 6 4	FACETA DIRETA EM RESINA	12		1	1 7 2 0 0	0 0		S	/ /		
3-	0 0 8 5 1 0 0 0 6 4	FACETA DIRETA EM RESINA	21		1	1 7 2 0 0	0 0		S	/ /		
4-	0 0 8 5 1 0 0 0 6 4	FACETA DIRETA EM RESINA	23		1	1 7 2 0 0	0 0		S	/ /		
5-										/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 6 8 8 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	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 Ato 85100064 Apresentar justificativa para autorizacao do procedimento Ato 85100064 Necessario anexar radiografia no site para autorizacao Ato 85100064 Necessario apresentacao de foto inicial para autorizacao Ato 85100064 Apresentar justificativa para autorizacao do procedimento Ato 85100064 Necessario anexar radiografia no site para autorizacao Ato 85100064 Necessario apresentacao de foto inicial para autorizacao
--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--