



296216
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 04/10/2013 4-Data de Autorização 05/10/2013 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7452673 7-Data Validade da Semeta 02/10/2016

INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00202520494500000701 9-Piloto POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INST DE APOIO TEC E SOCIAL AOS 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANDERSON REIS RODRIGUES 17/05/1986 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ANDERSON REIS RODRIGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CRO 563 19-UF AP 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNES / CFE 93894813253 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número no CRO 563 24-UF AP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 27-Número no CRO 563 28-UF AP 29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabular	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Fregio	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Aquisição	42-Assinatura
1-00	08	51001916	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	6,10	0,00	0,00	05/03/2013	Indeniza	
2-00	08	51001916	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	6,10	0,00	0,00	05/03/2013	Indeniza	
3-00	08	51001916	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	6,10	0,00	0,00	05/03/2013	Indeniza	
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Úrgência Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 183,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Valor 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

50-Data, local e Assinatura do Autorizado-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Responsável 53-Data, local e Assinatura da Empresa



GUIA CONCLUIDA

OdontoLife
0200-563-77

Anderson Reis Rodrigues