



484053
 INTERCÂMBIO

3-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/4/10 2/12/11 4-Data de Autorização 12/5/10 2/12/11 5-Semana AUTORIZADO 8326033 6-Número da Guia Principal 8326033 7-Data Validade da Semana 12/5/10 15/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020253171180000093011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CERAMICA URUSSANGA S A 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

ERICA BRISTOT DASSOLER

04/11/1993

14-Telefone () 15-Nome do titular do plano ERICA BRISTOT DASSOLER

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante WILLIAN PEREIRA ROCHA

18-Número no CRO 11206

19-UF SC

20-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1050817781900

22-Nome do Contratado Executante WILLIAN PEREIRA ROCHA

23-Número no CRO 11206

24-UF SC

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante WILLIAN PEREIRA ROCHA

27-Número no CRO 11206

28-UF SC

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	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
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36	100	0,10			12/5/10		Willian Pereira Rocha
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36	100	0,10			12/5/10		Willian Pereira Rocha
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36	100	0,10			12/5/10		Willian Pereira Rocha
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36	100	0,10			12/5/10		Willian Pereira Rocha
5-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34	100	0,10			12/5/10		Willian Pereira Rocha
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

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 1178,10

47-Valor Total R\$ 10,10

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 valores referentes 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Willian Pereira Rocha
 Cirurgião Dentista
 CRO/SC 11208