



343333
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/07/2012	4-Data de Autorização 22/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7723727	7-Data Validade da Senha 20/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa IVECO LATIN AMERICA LTDA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202510430500011501									
13-Nome CAROLINE SANTOS OTONI				14-Telefone (31) 38817647		15-Nome do titular do plano CAROLINE SANTOS OTONI			
				15/09/1982					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 41053		19-UF MG		20-Código CBO S 10		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CLINICERTA							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07306620630		22-Nome do Contratado Executante THIAGO COSTA BARROSO		23-Número no CRO 41053		24-UF MG		25-Código CNES (I) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante THIAGO COSTA BARROSO				27-Número no CRO 41053		28-UF MG		29-Código CBO S (I) 85100200	

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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00		S	22/07/2012		
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	88,00	0,00		S	22/07/2012		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	22/07/2012		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/07/2012	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 237,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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(ram) 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-Operação Prof. Ms. Thiago Costa Barroso Mestre e Especialista Ortodontia		50-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 22/07/2012 Caroline Santos Ottoni		51-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 22/07/2012 Thiago Costa Barroso CRO-MG: 41053		52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 22/07/2012 Thiago Costa Barroso CRO-MG: 41053		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------------------------	--