



316438
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	4-Data de Autorização 25/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50156915	7-Data Validade da Senha 23/08/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994063751019	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702007354193489
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome ADMILSON CARVALHO SANTANA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ADMILSON CARVALHO SANTANA
--------------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA ANDRADE DE SOUZA	18-Número no CRO 43192	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15375816784	22-Nome do Contratado Executante MAYARA ANDRADE DE SOUZA	23-Número no CRO 43192	24-UF RJ	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MAYARA ANDRADE DE SOUZA	27-Número no CRO 43192	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

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-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	25/10/2012		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	25/10/2012		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	25/10/2012		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAI		1	35,00	0,00		S	25/10/2012		
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 140,00	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 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 v 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 25/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/10/2012 Drª Mayara Andrade de Souza Cirurgiã Dentista CRO - RJ 43192
---	---	---	---