



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/2012 4-Data de Autorização 12/11/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50207700 7-Data Validade da Guia 12/11/2012

424762
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010372218000227004 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ASBAC 11-Data Validade da Carteira 12/11/2012 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700601411509365

13-Nome EMERSON DOS SANTOS FERREIRA 14-Teléfono 10/07/1983 15-Nome do Titular do Plano EMERSON DOS SANTOS FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante SHIRLEY COELHO GONCALVES 18-Número no CRO 19918 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 011828909700 22-Nome do Contratado Executante SHIRLEY COELHO GONCALVES 23-Número no CRO 19918 24-UF RJ 25-Código CNES Enviar - RX (I) 8530039-011 (I) 8530039-012 (I) 8530039-013

26-Nome do Profissional Executante SHIRLEY COELHO GONCALVES 27-Número no CRO 19918 28-UF RJ 29-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faca	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	CONSULTA ODONTOLÓGICA				34,00	10,00			11/11/20		Emerson
2	00	RASPAGEM SUB-	HASD			14,00	10,00			11/11/20		Emerson
3	00	RASPAGEM SUB-	HASE			14,00	10,00			11/11/20		Emerson
4	00	RASPAGEM SUB-	HAIE			14,00	10,00			11/11/20		Emerson
5	00	RASPAGEM SUB-	HAID			14,00	10,00			11/11/20		Emerson
6	00	DESSENSIBILIDADE DENTARIA				10,00	10,00			11/11/20		Emerson
7	00	DESSENSIBILIDADE DENTARIA				10,00	10,00			11/11/20		Emerson
8	00	DESSENSIBILIDADE DENTARIA				10,00	10,00			11/11/20		Emerson
9	00	DESSENSIBILIDADE DENTARIA				10,00	10,00			11/11/20		Emerson
10	00	DESSENSIBILIDADE DENTARIA				10,00	10,00			11/11/20		Emerson
11	00	DESSENSIBILIDADE DENTARIA				10,00	10,00			11/11/20		Emerson
12	00	DESSENSIBILIDADE DENTARIA				10,00	10,00			11/11/20		Emerson
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 1280,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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 obrigações 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 25/11/2012 Shirley Coelho Goncalves 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/11/2012 Emerson 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Assinatura da Empresa