



410381
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 03/11/2012 4-Data de Autorização 12/6/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 410381 7-Data Validade da Senha 10/1/12 8-Data Validade da Guia 10/1/12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025216946000715021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CECRISA REVESTIMENTOS 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

BEATRIZ BORGES DUARTE 09/04/1992 14-Teléfono 99884659 15-Nome do titular do plano ROGER RUAN RIBEIRO FRANCISCO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM 18-Número no CRO 8307 19-UF SC 20-Código CBO S 025- 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04188248947 22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS 23-Número no CRO 8307 24-UF SC 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS 27-Número no CRO 8307 28-UF SC 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
1-0	0	346			1	320,00	147,20			12/6/11		
		DOC ORTODONTICA "B"										
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1320,00	147,20								

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), (re)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 12/6/11 11/11/2011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/6/11 11/11/2011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/6/11 11/11/2011 Beatriz B. Duarte 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/6/11 11/11/2011