



381112
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012	4-Data de Autorização 12/10/2012	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50193592	7-Data Validade da Guia 12/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	--	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000379994064957885	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASSOCIACAO DA IGRE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004634136858
--	--------------------------------	----------------------------------	--	--

13-Nome HUGO BRUNO PEREIRA DOS SANTOS	31/01/2008	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano BRUNO ROBERTO PEREIRA DOS SANT
--	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento e RV N	17-Nome do Profissional Solicitante LAIS PEREIRA CAPPATO	18-Número no CRO 43323	19-UF RJ	20-Código CRO S 801 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNU / CPF 111162254769	22-Nome do Contratado Executante LAIS PEREIRA CAPPATO	23-Número no CRO 43323	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
--	--	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante LAIS PEREIRA CAPPATO	27-Número no CRO 43323	28-UF RJ	29-Código CRO 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 Guia	42-Atendimento
1-0	0	8	1	0	0	1	8	9			DIAGNOSTICO E	
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

Dr. Laís Cappato
Clínica Geral e Odontologia
CRO-RJ 43323

Dr. Laís Cappato
Clínica Geral e Odontologia
CRO-RJ 43323

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34100	47-Valor Total R\$ 10100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10100
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito o 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), tornaram-se 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 18/3/10 9/11/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 21/3/10 11/11/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	---	---	---

Dr. Laís Cappato
Clínica Geral e Odontologia
CRO-RJ 43323