


359762
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 4066414
3-Data de Emissão da Guia 11/08/12
4-Data de Autorização 11/08/12
5-Série AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 50185148
7-Data Validação da Série 11/11/12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10037100002191696464
9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa LAIZA DA SILVA MAS
11-Data Validação da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004614186795

13-Nome GUILHERME MASCARENHAS DE OLIVE

14-Telefone

15-Nome do titular do plano LAIZA DA SILVA MASCARENHAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
17-Nome do Profissional Solicitante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA
18-Número no CRO 31802
19-UF RJ
20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 182436274720
22-Nome do Contratado Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA
23-Número no CRO 31802
24-UF RJ
25-Código CMES
26-UF RJ
27-Número no CRO 31802
28-UF RJ
29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Autor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Atividade
1-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5-00	84000744	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46	1	1	4,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6-00	84000744	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36	1	1	4,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Prevista Término do Tratamento 11/08/12	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Citodentia 4-Úrgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 238,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$							

Declaramos, 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/08/12
51-Data, local e Assinatura do Responsável 11/08/12
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/12
53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/08/12
49-ANO - ANS. DES. PESQ. E REAB. ORAL LIDA