



2-No

317213
INTERCÁMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/7/1015/12/01		4-Data de Autorização 13/01/05/12/01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7597607		7-Data Validade da Sentença 12/5/108/12/01	
Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0002025115829000041011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa SUPREMO CIMENTOS SA ITAJAI		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Name CAYO HENRIQUE CASTELO BERTOZZI		13-Name 21/07/1994		14-Telefone (11) 11111111		15-Name do titular do plano CAYO HENRIQUE CASTELO BERTOZZI					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento										16-Número do Cartão Nacional de Saúde	
16-Atendimento a RN N		17-Name do Profissional Solicitante ANDERSON COUTINHO FELICIO		18-Número no CRO 14941		19-UF SC		20-Código CBO S 025 -		21-Data Validade da Carteira	
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1277113232818111		22-Name do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO		23-Número no CRO 14941		24-UF SC		25-Código CNES		26-Data Validade da Carteira	
26-Name do Profissional Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO		27-Número no CRO 14941		28-UF SC		29-Código CBO S		30-Data Validade da Carteira			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
31-Name do Profissional Solicitante ANDERSON COUTINHO FELICIO											
32-Name do Profissional Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO											
33-Data Validade da Carteira											

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															41- Motivo da Glosa 42-Assinatura	
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						
1- 0 0 1 8 1 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		1	3 4	0 0	0 0 0	S	05/10/20						
2- _____	_____															
3- _____	_____															
4- _____	_____															
5- _____	_____															
6- _____	_____															
7- _____	_____															
8- _____	_____															
9- _____	_____															
10- _____	_____															
11- _____	_____															
12- _____	_____															
13- _____	_____															
14- _____	_____															
15- _____	_____															

43-Tipo de Atendimento	44-Data Previsão Término do Tratamento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
1- Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1/1/1/1/1/1	1-Total 2-Parcial	3 4 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0

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) 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.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Círculo da Empresa	Dr. <u>Antonio Carlos</u> Clínica <u>Gerat</u> Cidade <u>Curitiba</u>
	10/5/11 10/16/11/2011	10/5/11 10/16/11/2011	10/5/11 10/16/11/2011 <u>Marzi D. E.</u>	10/5/11 10/16/11/2011	