



1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 03/11/2012	3-Data de Autorização 04/11/2012	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8113459	6-Data Validade da Senha 03/10/13
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

433389
INTERCÂMBIO

7-Número da Carteira 00202524116700040001	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa ASSOC FUNC PUBL ATIVOS	10-Data Validade da Carteira / /	11-Número do Curso Nacional de Saúde
--	--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

12-Nome ANDRE MARQUES DA CRUZ	13-Data de Nascimento 30/11/1984	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANDRE MARQUES DA CRUZ
----------------------------------	-------------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Identificação a PN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA SOARES DO SACRAMENTO E SILVA	18-Número na CRC 13156	19-UF DF	20-Código CBO S 025 -
21-Código da Operadora - CNPJ / CPF 02813082171	22-Nome do Contratado Executante CAMILA SOARES DO SACRAMENTO E SILVA	23-Número na CRC 13156	24-UF DF	25-Código CHES Enviar - RX (t) 85100200
26-Nome do Profissional Executante CAMILA SOARES DO SACRAMENTO E SILVA	27-Número na CRC 13156	28-UF DF	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-Módulo da Guia	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	11/12/20		Andre
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S	11/12/20		Andre
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,00	0,00		S	11/12/20		Andre
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Fabricação 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 237,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchise - 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 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(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-Comentário

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 11/11/2012 Dra. Camila Soares Cirurgiã Dentista CRO-DF 13156	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 11/11/2012 Dra. Camila Soares Cirurgiã Dentista CRO-DF 13156	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 11/11/2012 Andre	53-Data, local e Carimbo da Instituição 11/11/2012
--	--	--	---