



327465
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/2016	4-Data de Autorização 12/01/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7648198	7-Data Validade da Senha 11/09/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00020252892910037102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DEIGIANIS MARIA GOMES		14-Telefone 04/08/1977 () - -		15-Nome do titular do plano ESTEVAM MACHADO HOFSTETTER			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ALINE MAQUINE PASCARELI		18-Número no CRO 4530	19-UF AM	20-Código CBO B 414 -	21-Data de Realização Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CFP 000356324290		22-Nome do Contratado Executante ALINE MAQUINE PASCARELI		23-Número no CRO 4530		24-UF AM	25-Código CNEB		
26-Nome do Profissional Executante ALINE MAQUINE PASCARELI		27-Número no CRO 4530		28-UF AM		29-Código CBO B			

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-Assin
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			12/01/2016	Deigianis
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/01/2016	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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / 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 por 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, 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 12/01/2016 Dia Aline Pascareli Esp. em Odontopediatria CRO - AM 4530	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 12/01/2016 Dia Aline Pascareli Esp. em Odontopediatria CRO - AM 4530	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/2016 Estevam Machado Hofstetter	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	--	-------------------------------------