



313920
INTERCAMBIO

7-Data Validade da Senha
15/10/18 11:20

6-Número da Guia Principal
7567715

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/10/15 11:20

3-Data de Emissão da Guia
11/10/15 11:20

1-Registro ANS
406414

10-Empresa
POSITIVO INFORMATICA S A

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
CARLOS ANDRE LOBATO DE OLIVEIRA

14-Telefone
(13 14) 3331511031

15-Nome do titular do plano
CARLOS ANDRE LOBATO DE OLIVEIRA

16-Número no CRO
48860

17-Nome do Profissional Solicitante
ARIVALDA EURIPEDES DA SILVA

18-Atendimento a RN
ARIVALDA EURIPEDES DA SILVA

19-UF
MG

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
163011319321600

22-Nome do Profissional Executante
ARIVALDA EURIPEDES DA SILVA

23-UF
MG

24-UF
MG

25-Código CNES
85100200

26-Nome do Profissional Executante
ARIVALDA EURIPEDES DA SILVA

27-Número no CRO
48860

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-Assinatura
1-01018151100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MI	1	1	8,80	0,00	0,00	1	15/10/18 11:20	*
2-01018151100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MP	1	1	8,80	0,00	0,00	1	15/10/18 11:20	*
3-01018151100200	RESTAURAÇÃO RESINA	23	DM	1	1	8,80	0,00	0,00	1	15/10/18 11:20	*
4-01018151100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OM	1	1	8,80	0,00	0,00	1	15/10/18 11:20	*
5-01018151100200	RESTAURAÇÃO RESINA										*
6-01018151100200	RESTAURAÇÃO RESINA										*
7-01018151100200	RESTAURAÇÃO RESINA										*
8-01018151100200	RESTAURAÇÃO RESINA										*
9-01018151100200	RESTAURAÇÃO RESINA										*
10-01018151100200	RESTAURAÇÃO RESINA										*
11-01018151100200	RESTAURAÇÃO RESINA										*
12-01018151100200	RESTAURAÇÃO RESINA										*
13-01018151100200	RESTAURAÇÃO RESINA										*
14-01018151100200	RESTAURAÇÃO RESINA										*
15-01018151100200	RESTAURAÇÃO RESINA										*
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$						
11/11/11	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1352,00	0,00	0,00						

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), 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-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
10/11/2017 11:20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/11/2017 11:20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/11/2017 11:20

Dr. Arivalda Silva
CRO-MG 48.860