



297320
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/2013	4-Data de Autorização 10/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7459379	7-Data Validade da Senha 04/10/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário			
8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde			

13- Nome	09/04/1989	14--Telefone
SAMUEL FEUSER	() -	
15-Nome do titular do plano SAMUEL FEUSER		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SARAH CRISTINA VIEIRA COELHO
18-Número no CRO 18380	19-UF SC
20-Código CBO S	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
0 9 2 2 8 8 5 7 9 6 0	SARAH CRISTINA VIEIRA COELHO	18380	SC	
26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S	
SARAH CRISTINA VIEIRA COELHO	18380	SC		

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 Closs 42- Assinatura	
1-	0,0,8,1,0,0,0,6,5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,4	0,0	0,0	S	10/03	Samuel	
2-	0,0,8,4,0,0,0,1,9,8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3,5	0,0	0,0	S	10/03	Samuel	
3-	0,0,8,4,0,0,0,1,9,8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3,5	0,0	0,0	S	10/03	Samuel	
4-	0,0,8,4,0,0,0,1,9,8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3,5	0,0	0,0	S	10/03	Samuel	
5-	0,0,8,4,0,0,0,1,9,8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3,5	0,0	0,0	S	10/03	Samuel	
6-	0,0,8,5,1,0,0,1,9,6	RESTAURAÇÃO RESINA	37 D		1	6,1	0,0	0,0	S	10/03	Samuel	

[illegible]

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\$
17/09/03 17/12/01	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	23500	0000	0000

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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário	53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/01/2013 23 Sarah Cristina Vieira Coelho Dentista	11/01/2013 23 Sarah Cristina Vieira Coelho Dentista	11/01/2013 23 Samuel Funes	11/01/2013 23

CRQ-SC 18380

CD-SC 18380