



1972508
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2014	4-Data de Autorização 01/08/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12781557	7-Data Validade da Senha 29/10/2014
Dados do Beneficiário					
9-Número da Carteira 00202551320800002802		10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa ALCATEC PRODUTOS SINTETICOS	12-Data Validade da Carteira / /	13-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOILENE DA PAIXAO PEREIRA		14-Telefone 16/11/2004	15-Data Validade da Carteira / /		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA COUTO DE LUCENA DE ARAUJO		18-Número no CRO 16493	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07086856000170		22-Nome do Contratado Executante ORAL D AVILA CLINICA ODONTOLOGICA LTDA		23-Número no CRO 16493	24-UF BA
25-Data Validade da Carteira / /		26-Nome do Profissional Executante CAMILA COUTO DE LUCENA DE ARAUJO		27-Número no CRO 16493	28-UF BA
29-Código CBO S		30-Código CBO S		31-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/08/2014		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	14,00	0,00		S	06/08/2014		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
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\$							
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	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), 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 Grupo Odontológico Solicitante 09/08/2014	51-Data, local e Assinatura do Grupo Odontológico Solicitante 09/08/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/08/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/08/2014
---------------	---	---	---	---