



375790
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012	4-Data de Autorização 22/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7880597	7-Data Validade da Senha 14/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511648600443102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CIA HERING MATRIZ	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome GRAZIELE DA SILVA BALBO DE ANGELIS	14-Telefone () 3371-4809	15-Nome do titular do plano EDGARD BISPO DE ANGELIS
---	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROSANA CURCIO	18-Número no CRO 42646	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14533549802	22-Nome do Contratado Executante ROSANA CURCIO	23-Número no CRO 42646	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ROSANA CURCIO	27-Número no CRO 42646	28-UF SP	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-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	22/09/20		
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	28/09/20		
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	28/09/20		
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	28/09/20		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	30/09/20		
6-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	30/09/20		
7-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	30/09/20		
8-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	30/09/20		
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 361,00	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 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-Observação imagem analisada

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/10/2012
---	---	---	---