

14603009
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 1 1 / 1 1 / 2 5	4-Data de Autorização 1 2 / 1 1 / 2 5	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 2539871	7-Data Validade da Senha 1 0 / 0 1 / 2 6
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 1 0 5 3 7 5 0 0 0 0 1 7 0 1	9-Plano DENTAL ELITE	10-Empresa FENIX INJET INDUSTRIA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709007868865413
13-Nome CLODIMAR RIBEIRO DE MATOS 23/11/1970	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLODIMAR RIBEIRO DE MATOS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S	414 - ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTDA ME Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 6 6 9 1 6 6 6 1 8 6	22-Nome do Contratado Executante ASSIS MARDEN BORBA CARDOSO DOS SANTOS	23-Número no CRO 36896	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ASSIS MARDEN BORBA CARDOSO DOS SANTOS		27-Número no CRO 36896	28-UF PR	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-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-			1	1 4 4	0 0			S		
2-	0 0 8 5 2 0 0 1 6 6	TRATAMENTO ENDOD	45		1	2 5 8	0 0			S		
3-	0 0 8 5 2 0 0 1 4 0	TRATAMENTO ENDOD	14		1	3 3 3	0 0			S		
4-	0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAUR RESINA FOTO 3	45	DVO	1	1 2 2	0 0			S		
5-	0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAUR RESINA FOTO 3	14	ODV	1	1 2 2	0 0			S		
6-												
7-												
8-												
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 9 7 9 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	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

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