



312086
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2012	4-Data de Autorização 12/05/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50162879	7-Data Validade da Senha 09/08/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994063753895	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ESTHEFANY SILVA BRAGA		14-Telefone 12/12/2002	15-Nome do titular do plano WAGNER VELOZO BRAGA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA ANDRADE DE SOUZA	18-Número no CRO 43192	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15375816784	22-Nome do Contratado Executante MAYARA ANDRADE DE SOUZA	23-Número no CRO 43192	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MAYARA ANDRADE DE SOUZA		27-Número no CRO 43192	28-UF RJ	29-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	19/05/2012		ACB
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	19/05/2012		ASB
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	19/05/2012		ASB
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	19/05/2012		ACB
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	19/05/2012		ASB
6	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	19/05/2012		ASB
7	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	19/05/2012		ASB
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 300,00	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/05/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/05/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/05/2012 Amélia Braga	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/05/2012 Drª Mayara Andrade de Souza Cirurgiã Dentista CRO - RJ 43192
---	---	--	--