



1432288
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão do Guia 02/10/2004		4-Data de Autorização 06/10/2004		5-Sistema AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 11166697		7-Data Validade da Senha 13/11/2004	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202025026836000997103				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Endereço COAMO AGROINDUSTRIAL		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LILIAN FERNANDA ZAHLE CARVALHO						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano LUZIA MAGALI ZAHLE			
Data do Contrato: 20/10/2004											
16-Acordamento a RV N		17-Nome do Profissional Solicitante JULIANO BERNARDI DA SILVA				18-Número no CRO 3160		19-UF MS		20-Código CBO S	
21-Código de Operadora - CNPJ / CDE 0469117907		22-Nome do Contratado Executante JULIANO BERNARDI DA SILVA				23-Número no CRO 3160		24-UF MS		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JULIANO BERNARDI DA SILVA		27-Número no CRO 3160				28-UF MS		29-Código CBO S		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 82001294-18 (II) 82001294-28 (III) 82001286-48	
Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados											

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Registro	34-Face	35-Id	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	28/10/2004		bilion
2	001851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	28/10/2004		bilion
3	001851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	28/10/2004		bilion
4	001820001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	18		1	186,00	0,00		S	28/10/2004		bilion
5	001820001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	28		1	186,00	0,00		S	28/10/2004		bilion
6	001820001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	361,00	0,00		S	28/10/2004		bilion
7	001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	28/10/2004		bilion
8	001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	28/10/2004		bilion
9	001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	28/10/2004		bilion
10	001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	28/10/2004		bilion
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 1029,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia - Co-participação R\$ 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 Cirurgião-Dentista Solicitante / /				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 28/10/2004 - Cirurgião-Dentista CRO/MS 7598				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / bilion				53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/10/2004			
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--