



1369513
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 1 / 0 3 / 2 3	4-Data de Autorização 2 2 / 0 3 / 2 3	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10983382	7-Data Validade da Senha 0 9 / 0 6 / 2 3
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 6 1 3 8 9 0 0 1 1 2 7 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SERVICO NAC DE APRENDIZAGEM	11-Data Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MICHAEL FELIPE DA COSTA 01/07/1994		14-Telefone (_ _) _ _ _ - _ _ _		15-Nome do titular do plano MICHAEL FELIPE DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARQUINI E MARQUINI ODONTOLOGIA LTDA	18-Número no CRO 16007	19-UF PR	20-Código CBO S 06	25 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3 5 5 8 7 9 7 8 0 0 0 1 8 6	22-Nome do Contratado Executante MARQUINI E MARQUINI ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 16007	24-UF PR	25-Código CNES 0235377	
26-Nome do Profissional Executante MARCIO ALEXANDRE MARQUINI		27-Número no CRO 16007	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 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 , 0 0	0 , 0 0		S			
2-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S			
3-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S			
4-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S			
5-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S			
6-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	6 1 , 0 0	0 , 0 0		S			
7-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6 1 , 0 0	0 , 0 0		S			
8-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	6 1 , 0 0	0 , 0 0		S			
9-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	6 1 , 0 0	0 , 0 0		S			
10-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	6 1 , 0 0	0 , 0 0		S			
11-	0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	36	DOV	1	1 2 2 , 0 0	0 , 0 0		S			
12-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	6 1 , 0 0	0 , 0 0		S			
13-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	6 1 , 0 0	0 , 0 0		S			
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 _ _ _ 7 2 7 , 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 _ _ _ / _ _ _ / _ _ _
--	--	--	--