



2-Nº



1096553
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 0 / 0 8 / 2 2	4-Data de Autorização 1 0 / 0 8 / 2 2	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10233013	7-Data Validade da Senha 0 8 / 1 1 / 2 2
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202540947700009502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TRANS IGUACU EMPRESA DE	11-Data Validade da Carteira _/_/____/____	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome EMANUELE CARVALHO DE SOUSA	16/05/2004	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALUISIO BATISTA MOREIRA SOBRINHO
---------------------------------------	------------	----------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MOSAICO ODONTOLOGIA INTEGRADA	18-Número no CRO 77946	19-UF SP	20-Código CBO S 06
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2 1 3 4 6 7 4 2 0 0 0 1 4 3	22-Nome do Contratado Executante F.C.M. MAIA DE CARVALHO - ODONTOLOGIA	23-Número no CRO 77946	24-UF SP	25-Código CNES 7889135
26-Nome do Profissional Executante FABIANA CORREA MOSTAFA MAIA DE CARVALHO		27-Número no CRO 77946	28-UF SP	29-Código CBO S

025 - 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-	00 85 10 01 96	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61 00	0 00	S	/ /			
2-									/ /			
3-									/ /			
4-									/ /			
5-									/ /			
6-									/ /			
7-									/ /			
8-									/ /			
9-									/ /			
10									/ /			
11									/ /			
12									/ /			
13									/ /			
14									/ /			
15									/ /			

43-Data Previsão Término do Tratamento _ _ _ / _ _ _ / _ _ _	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US _ _ _ _ 6 1 ,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 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	53-Data, local e Carimbo da Empresa <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
--	--	--	--