



425955
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/11/2012	4-Data de Autorização 24/11/2012	5-Sintha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8082443	7-Data Validade da Sintha 22/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020253279150000203	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MARLUCY SASAKI	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome

MILENA SASAKI ADAMO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ROIEK BOJARSKI	18-Número no CRO 18748	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

11426980922

22-Nome do Contratado Executante

FERNANDA ROIEK BOJARSKI

23-Número no CRO

18748

24-UF

SC

25-Código CNES

SC

26-Nome do Profissional Executante

FERNANDA ROIEK BOJARSKI

27-Número no CRO

18748

28-UF

SC

29-Código CBO S

SC

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Realização	42-Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	35	00	0,00	0,00	0,00	15/12/2012	MILENA	
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35	00	0,00	0,00	0,00	15/12/2012	MILENA	
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	35	00	0,00	0,00	0,00	15/12/2012	MILENA	
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	35	00	0,00	0,00	0,00	15/12/2012	MILENA	
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento

11/11/11

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

140,00

47-Valor Total R\$

10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, o(a) paciente acima apresentado(s), 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

15/12/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

15/12/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

15/12/2012

53-Data, local e Cuiabio da Empresa

11/11/11

Dr. Henrique de O. Raposo
Especialista em Implodontologia
e Cirurgia Bucal - Curitiba
CRIO/SC-10725