



384109
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/2012	4-Data de Autorização 28/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7909866	7-Data Validade da Senha 25/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202510550601862601		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JAIR SILVA CARNEIRO				14-Telefone (11) 9580-1130	15-Data Validade da Carteira 28/10/1961		
15-Nome do titular do plano JAIR SILVA CARNEIRO							

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARCELO MUNHOZ		18-Número no CRO 96098	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 24700226811		22-Nome do Contratado Executante MARCELO MUNHOZ		23-Número no CRO 96098		24-UF SP	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante MARCELO MUNHOZ		27-Número no CRO 96098		28-UF SP	29-Código CBO S				

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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	02/10/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	02/10/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	02/10/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	02/10/2012		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	02/10/2012		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	06/10/2012		
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	06/10/2012		
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00	0,00		S	06/10/2012		
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	06/10/2012		
10	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00		S	06/10/2012		
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/10/2012	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 483,00	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 06/10/2012 SP		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Contratado 06/10/2012 SP		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 06/10/2012 SP		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
---------------	--	--	--	---	--	--	--	-------------------------------------	--