



400735
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/10/12/01	4-Data de Autorização 12/9/11/01/21/01	5-Serviço AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7978437	7-Data Validade da Guia 12/9/11/01/21/01
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10020202510550601254501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DIOGENES GUERRA		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano DIOGENES GUERRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante A R ODONTOLOGIA BEM ESTAR	18-Número no CRO 30136	19-UF SP	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 104450751809	22-Nome do Contratado Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO	23-Número no CRO 30136	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (R) 85200186-13 (I) 81000421-RIS (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO		27-Número no CRO 30136	28-UF SP	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-010181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			36-Quantidade US
2-010185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		37-Valor
3-010185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		38-Franquia/Co-participação R\$
4-010185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		39-Aut
5-010185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		40-Data de Realização
6-010185200016		TRATAMENTO ENDODÔNTICO	13		41-Muldo da Classe
7-010181000042		RX PERIAPICAL	RIS		42-Assinatura
8-010181000042		RX PERIAPICAL	RCSO		
9-1					
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 464100	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação Enviar rx inicial e final na produção					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/9/11/10/12/01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/9/11/10/12/01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/9/11/10/12/01	53-Data, local e Carimbo da Empresa		