



494363
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/09/2013	4-Data de Autorização 11/01/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8368281	7-Data Validade da Senha 01/07/2016
Dados do Beneficiário					
10-Endereço da Carteira 010201250881350001312011		11-Empresa POS REDE PRESTADORA		12-Data Validade da Carteira 11/11/11	
13-Nome RAFAEL MARINHO SOUSA		14-Telefone 21/09/1989		15-Nome do Titular do plano RAFAEL MARINHO SOUSA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Identificação RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA SOARES DO SACRAMENTO E SILVA	18-Número no CRC 13156	19-UF DF	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CFE 0128113018221711		22-Nome do Contratado Executante CAMILA SOARES DO SACRAMENTO E SILVA		23-Número no CRC 13156	24-UF DF
25-Nome do Profissional Executante CAMILA SOARES DO SACRAMENTO E SILVA		27-Número no CRC 13156	28-UF DF	29-Código CBO S	

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clas	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1	0101811010101615	CONSULTA ODONTOLÓGICA				3411010	011010			10/03/14		RAFAEL
2	0101815310101417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			3161010	011010			10/03/14		RAFAEL
3	0101815310101417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			3161010	011010			10/03/14		RAFAEL
4	0101815310101417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIJ			3161010	011010			10/03/14		RAFAEL
5	0101815310101417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			3161010	011010			10/03/14		RAFAEL
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/03/14	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 11781010	47-Valor Total R\$ 011010	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(ram) 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 10/03/14	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/14	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/14	53-Data, local e Centro da Empresa
---	---	---	------------------------------------

Dra. Camila Soares
Cirurgia Dentista
CRO-DF 13156

Dra. Camila Soares
Cirurgia Dentista
CRO-DF 13156