

315737
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/05/2012	4-Data de Autorização 22/05/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7583625	7-Data Validade da Senha 19/08/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0202510550601536201									
13-Nome LUIS BENEDITO ORTIZ		06/05/1966		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano LUIS BENEDITO ORTIZ			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 58579		19-UF SP		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15878037807		22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO		23-Número no CRO 58579		24-UF SP		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO		27-Número no CRO 58579		28-UF SP		29-Código CBO S		Enviar - RX (I) 85100218 (I) 81000421-RPSE (I) 85100218 (I) 85100218	

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	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	24	ODV	1	122,00	0,00			22/05/2012		
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	DOM	1	122,00	0,00			26/05/2012		
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OMV	1	122,00	0,00			26/05/2012		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00			22/05/2012		
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00			22/05/2012		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 441,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/05/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/05/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--