



2561287
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 12/08/11
4-Data da Autorização 10/12/11
5-Sentia AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 14667695
7-Data Validade da Sentia 12/17/10
12-Número do Cartão Nacional da Saúde 708504379462779

8-Número da Carteira 000202512117964000297011
9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa GIASI CIA LTDA
11-Data Validade da Carteira
12-Data Validade da Sentia 12/17/10
13-Nome SHEILA MARIA LIMA FELIX
14-Teléfono 999879184
15-Nome do titular do plano SHEILA MARIA LIMA FELIX

16-Atendimento a RN 07/10/1969
17-Nome do Profissional Solicitante ELIZABETH BERKENBROCK NIEMEYER
18-Número no CRO 19885
19-UF SC
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 32873203000189
22-Nome do Contratado Executante DENTAL MED CLINICA INTEGRADA LTDA
23-Número no CRO 19885
24-UF SC
25-Código CNES 2925699
26-Nome do Profissional Executante ELIZABETH BERKENBROCK NIEMEYER
27-Número no CRO 19885
28-UF SC
29-Código CBO S

30-Item	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 Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00					Sheila
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		14,00	0,00					Sheila
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/01/12
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US 1178,00
47-Valor Total R\$ 10,00
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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/11/12/12
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/12/12
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/12/12
53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/11/12/12 - Dentista ELIZABETH NIEMEYER CRO/SC 19885