



495349
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/12	4-Data de Autorização 01/04/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8372323	7-Data Validade da Senha 08/06/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527911500008301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP DE CREDITO POUPANCA E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome HELEN ANSELMO DOS SANTOS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano HELEN ANSELMO DOS SANTOS
-------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alcômetro e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANO ANDRE RUIZ	18-Número no CRO 28805	19-UF PR	20-Código CBO 3 025 - Faturar Empresa
------------------------	---	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02095585984	22-Nome do Contratado Executante LUCIANO ANDRE RUIZ	23-Número no CRO 28805	24-UF PR	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante LUCIANO ANDRE RUIZ	27-Número no CRO 28805	28-UF PR	29-Código CBO 3
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			10/10/12		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			10/10/12		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			10/10/12		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			10/10/12		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 140,00	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-Observações	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário 10/11/10/12/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/10/12/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/10/12/12 Helen Anselmo	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
----------------	--	---	---	--