

2-NP



375443
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 1 5 / 0 9 / 2 0 	4-Data de Autorização 2 9 / 0 9 / 2 0 	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7871445	7-Data Validade da Senha 1 4 / 1 2 / 2 0
---------------------------------	--	---	------------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 1 3 2 8 5 0 0 0 0 1 0 7 	9-Piano POS REDE PRESTADORA
--	---------------------------------------

13-Nome BRUNO ALCIMAR DRANKA	11/07/1996
--	------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA LOUSY DE LIZ BORGES
---------------------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 8 8 1 2 1 5 3 9 2 5 	22-Nome do Contratado Executante BRUNA LOUSY DE LIZ BORGES
---	--

26-Nome do Profissional Executante BRUNA LOUSY DE LIZ BORGES	27-Número no CRO 15491
--	----------------------------------

10-Empresa MAYCON DE AVILA RODRIGUES	14-Telefone () 9 6 2 1 - 8 4 0 2
--	---

11-Data Validade da Carteira / / 	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	---------------------------------------

15-Nome do titular do plano MAYCON DE AVILA RODRIGUES	025 - Faturar Empresa
---	---------------------------------

18-Número no CRO 15491	19-U/F SC
----------------------------------	---------------------

23-Número no CRO 15491	24-U/F SC
----------------------------------	---------------------

28-U/F SC	29-Código CBO S
---------------------	-----------------

Piano 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- 0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1		3	6	10	0		
2- 0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1		3	6	10	0		
3- 0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1		3	6	10	0		
4- 0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1		3	6	10	0		
5- 0	0	8	5	1	0	0	1	9	6			
		RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1		6	1	10	0		
6- 0	0	8	5	1	0	0	1	9	6			
		RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1		6	1	10	0		
7- 1	1											
8- 1	1											
9- 1	1											
10- 1	1											
11- 1	1											
12- 1	1											
13- 1	1											
14- 1	1											
15- 1	1											

43- Data Previsto Término do Tratamento

44- Tipo de Atendimento

45- Tipo de Faturamento

46- Total Quantidade US

47- Valor Total R\$

48- Total Franquia / Co-participação R\$

1- Total 2- Parcial

2 6 6 0 0 1

0 0 0 0

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 e contratados. 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

Especialista em Implantodontia

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
10/6/11 11/12/10

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/8/11 11/12/10

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/6/11 11/12/10

53-Data, local e Cartão de Beneficiário Duro - N° 175
11/11/11 CRD/SC 10175

Especialista em Implodontologia