



371288
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 4064/4		3-Data de Emissão da Guia 08/09/12		4-Data de Autorização 10/09/12		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7853313		7-Data Validade da Setina 07/12/12	
Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 00202506065500172802 13-Nome LETICIA APARECIDA GONCALVES 14-Data de Nascimento 30/12/1978 15-Data de Validade da Carteira 16-Data de Validade da Carteira 17-Nome do Profissional Solicitante FABIOLA DULCE MONTEIRO 18-Número no CRO 27085 19-UF MG 20-Código CBO 3 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04201267679 22-Nome do Contratado Executante FABIOLA DULCE MONTEIRO 23-Número no CRO 27085 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante FABIOLA DULCE MONTEIRO 27-Número no CRO 27085 28-UF MG 29-Código CBO 3											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 15-Atendi em nome de RN 16-Nome do Profissional Solicitante FABIOLA DULCE MONTEIRO 17-Número no CRO 27085 18-UF MG 19-Data de Nascimento 30/12/1978 20-Código CBO 3 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04201267679 22-Nome do Contratado Executante FABIOLA DULCE MONTEIRO 23-Número no CRO 27085 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante FABIOLA DULCE MONTEIRO 27-Número no CRO 27085 28-UF MG 29-Código CBO 3											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados 30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Diagnóstico 33-Quantidade US 34-Faixa 35-Qtd 36-Valor 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Data de Realização 40-Motivo de Glosa 41-Assinatura											
1-00181000065 CONSULTA ODONTOLÓGICA 1 3400 0109/12											
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/09/12		44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial 3400		46-Total Quantidade US 3400		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apreendido, 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), ocorreram 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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/09/12
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/12
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/12
53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/09/12
54-Data, local e Assinatura da Empresa 11/09/12

FABIOLA DULCE MONTEIRO

CIRURGIA DENTISTIA

CRO-MG: 27085