



PHOTO: JACOB T. SMITH/REUTERS/CONTOUR

311984
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/10/2011	3-Data de Autorização 11/10/2011	4-Semeta PENDENTE DE LIBERAÇÃO	5-Número da Guia Principal 311984	6-Data Validade da Semeta 09/08/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---

[illegible]

15-Admendoamento a RN	N	17-Nome do Profissional Solicitante	KARINA PRADO CACIANO		18-Número no CRO	121219	19-Uf	SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	1362521193879	22-Nome do Contratado Executante	KARINA PRADO CACIANO		23-Número no CRO	121219	24-Uf	SP	25-Código CINES
26-Nome do Profissional Executante	KARINA PRADO CACIANO				27-Número no CRO	121219	28-Uf	SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento - Procedimentos Suficientes														
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura			
1-008100049		CONSULTA ODONTOLÓGICA	25		1	34,00		0,00	NN	11/05/2010	8			
2-008510056		CURATIVO DE DEMORA EM			1	8,00		0,00	NN	11/05/2010	8			
3-														
4-														
5-														
6-														
7-														
8-														
9-														
10-														
11-														
12-														
13-														
14-														
15-														

43-Data Prescrição Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Urgência

47-Valor Total R\$

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, conforme 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.

48-Observação		
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/2015 11:20 [Assinatura]	11/11/2015 11:20 [Assinatura]	11/11/2015 11:20 [Assinatura]
53-Data, local e Caimbo da Empresa		