



1284106
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 5 / 0 1 / 2 3	4-Data de Autorização / / / /	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 10737790	7-Data Validade da Senha 0 5 / 0 4 / 2 3
--------------------------	--	----------------------------------	--------------------------------	--	---

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 5 3 0 6 8 0 0 0 0 6 7 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Carteira / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MILLENA ALMEIDA DOS SANTOS 03/08/2006		14-Telefone (1 1) 2 0 3 5 - 7 9 9 4	15-Nome do titular do plano MARIVONE ALMEIDA DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODOLFO MARCO FUJIMOTO TRENTIN	18-Número no CRO 70620	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 8 9 8 4 8 4 7 0 0 0 2 4 0	22-Nome do Contratado Executante ORAL SCAN RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA -	23-Número no CRO 11384	24-UF SP	25-Código CNES 7253257	
26-Nome do Profissional Executante RODOLFO MARCO FUJIMOTO TRENTIN	27-Número no CRO 70620	28-UF SP	29-Código CBO S		

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-	0 0 3 4 5	DOC ORTODONTICA "A"			1	3 8 1,0 0	0,0 0			/ /		
2-										/ /		
3-										/ /		
4-										/ /		
5-										/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 0,0 0	47-Valor Total R\$ 0,0 0	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-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 / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--