



587777
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2011	4-Data de Autorização 17/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8709591	7-Data Validade da Senha 15/09/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202507394400031302	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SIND TRAB DA EDUC BASICA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome THIAGO CAMILO BEZERRA		14-Telefone 30/01/1994	15-Nome do titular do plano LIN DELLY ROCHA MENDES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA RADIOLOGICA SAFE CARNEIRO		18-Número no CRO 7870	19-UF DF	20-Código CBO S 09
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 22485970106		22-Nome do Contratado Executante TANIA CARNEIRO MAFRA	23-Número no CRO 7870	24-UF DF	25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 8100375-RMD (I) 8100037-RME (I) 8100375-RPD (I) 8100375-RPE
26-Nome do Profissional Executante TANIA CARNEIRO MAFRA		27-Número no CRO 7870	28-UF DF	29-Código CBO S	

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 Causa	42-Assinatura
1	00810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE	RMD		1	14,00	0,00		S	18/06/2011		Thiago
2	00810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE	RPD		1	14,00	0,00		S	18/06/2011		Thiago
3	00810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE	RPE		1	14,00	0,00		S	18/06/2011		Thiago
4	00810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE	RME		1	14,00	0,00		S	18/06/2011		Thiago
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 18/06/2011	44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	47-Valor Total R\$ 22,40	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 18/06/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/06/2011 Tania Carneiro Mafra CRO-DF 7870 - AE 3056 Radiologista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/06/2011 Thiago	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	--	-------------------------------------