



420287
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/7/11 11/2/01 4-Data de Autorização 11/7/11 11/2/01 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50206533 7-Data Validade da Senha 11/5/11 02/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0103722180001180000 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ASBAC 11-Data Validade da Carteira 11/7/11 11/2/01 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70200239797985

13-Nome

EDMILSON CARVALHO DA SILVA 14-Telefone () 15-Nome do Titular do plano EDMILSON CARVALHO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante SHIRLEY COELHO GONCALVES 18-Número no CRO 19918 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101828909700 22-Nome do Contratado Exequente SHIRLEY COELHO GONCALVES 23-Número no CRO 19918 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Exequente SHIRLEY COELHO GONCALVES 27-Número no CRO 19918 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-010	8.5.3.0.0.0.1.2	DESENSIBILIDADE DENTARIA	14	1	1	1,0,0,0	0,0,0,0					
2-010	8.5.3.0.0.0.1.2	DESENSIBILIDADE DENTARIA	15	1	1	1,0,0,0	0,0,0,0					
3-010	8.5.3.0.0.0.1.2	DESENSIBILIDADE DENTARIA	16	1	1	1,0,0,0	0,0,0,0					
4-010	8.5.3.0.0.0.1.2	DESENSIBILIDADE DENTARIA	17	1	1	1,0,0,0	0,0,0,0					
5-010	8.5.3.0.0.0.1.2	DESENSIBILIDADE DENTARIA	24	1	1	1,0,0,0	0,0,0,0					
6-010	8.5.3.0.0.0.1.2	DESENSIBILIDADE DENTARIA	25	1	1	1,0,0,0	0,0,0,0					
7-010	8.5.3.0.0.0.1.2	DESENSIBILIDADE DENTARIA	26	1	1	1,0,0,0	0,0,0,0					
8-010	8.5.3.0.0.0.1.2	DESENSIBILIDADE DENTARIA	27	1	1	1,0,0,0	0,0,0,0					
9-010	8.5.3.0.0.0.1.2	DESENSIBILIDADE DENTARIA	34	1	1	1,0,0,0	0,0,0,0					
10-010	8.5.3.0.0.0.1.2	DESENSIBILIDADE DENTARIA	35	1	1	1,0,0,0	0,0,0,0					
11-010	8.5.3.0.0.0.1.2	DESENSIBILIDADE DENTARIA	36	1	1	1,0,0,0	0,0,0,0					
12-010	8.5.3.0.0.0.1.2	DESENSIBILIDADE DENTARIA	37	1	1	1,0,0,0	0,0,0,0					
13												
14												
15												

43-Data Prevista 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 1120,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no 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 este 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