



325699
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/2016	4-Data de Autorização 08/07/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7640264	7-Data Validade da Senha 15/09/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202518643400000801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa JASMINE COMERCIO DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARCELO ROBERTO VIANNA	14-Telefone 31/01/1974	15-Nome do titular do plano MARCELO ROBERTO VIANNA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VANESSA BARBOSA FONTENELE FROTA	18-Número no CRO 13054	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 9585115691115	22-Nome do Contratado Executante VANESSA BARBOSA FONTENELE FROTA	23-Número no CRO 13054	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante VANESSA BARBOSA FONTENELE FROTA	27-Número no CRO 13054	28-UF DF	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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			15/07/2016		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			15/07/2016		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			15/07/2016		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			15/07/2016		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			15/07/2016		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Término do Tratamento 15/07/2016	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima 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-Observações

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 15/07/2016 Dra. Vanessa B. Fontenele Frota Cirurgia Dentista CRO-DF 13054	51-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 15/07/2016 Dra. Vanessa B. Fontenele Frota Cirurgia Dentista CRO-DF 13054	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/07/2016	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--