



376482
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2012	4-Data de Autorização 07/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7876267	7-Data Validade da Senha 15/12/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202508835000144701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MADERO COMERCIO DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RAFAEL SANTOS SOUZA		14-Data de Nascimento 16/08/1994	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RAFAEL SANTOS SOUZA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Mendicância a R\$ N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDREA NASCIMENTO PINTOR	18-Número do CRO 31269	19-UF RJ	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04545688780	22-Nome do Contratado Executante ANDREA NASCIMENTO PINTOR	23-Número do CRO 31269	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Prescritor ANDREA NASCIMENTO PINTOR		27-Número do CRO 31269	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Densio/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			30/11/2012		Rafael
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			30/11/2012		Rafael
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			30/11/2012		Rafael
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			30/11/2012		Rafael
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exatim Radiológico 3-Crocêto 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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), 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 Grupo Dentista Solicitante 07/11/2012 CENTRO DE SERV. DENT. FOR DENT LTDA.	51-Data, local e Assinatura do Grupo Dentista 07/11/2012 CENTRO DE SERV. DENT. FOR DENT LTDA.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/11/2012 Rafael	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/11/2012
--	--	--	---