



475627
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2012	4-Data de Autorização 18/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8294368	7-Data Validade da Senha 12/10/12
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202521361700001202	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MOBILIS TECNOLOGIA SA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Name LILIANE DE LIMA BARROS		14-Telefone () -	15-Name do titular do plano THIAGO JORGE DE BARROS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 81000421-
16-Atendimento a RN N	17-Name do Profissional Solicitante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA	18-Número no CRO 14893	19-UF SC	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08104793977		22-Name do Contratado Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA	23-Número no CRO 14893	
26-Name do Profissional Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA		27-Número no CRO 14893	28-UF SC	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 Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	61,00	0,00			S 23/10/2012		L Barro
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	88,00	0,00			S 23/10/2012		L Barro
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00			S 23/10/2012		L Barro
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			S 22/10/2012		L Barro
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			S 22/10/2012		L Barro
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			S 22/10/2012		L Barro
7	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			S 22/10/2012		L Barro
8	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			S 23/10/2012		L Barro
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 364,00	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-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/2012 Giselle	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2012 Giselle	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2012 L Barro	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--