



1771594
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/02/14	4-Data de Autorização 09/02/14	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12135983	7-Data Validade da Senha 06/05/14
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202546031700003003	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUICAO ADV SUL BRASILEIRA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA CLARA POLI MOREIRA	14-Telefone 14/03/2014	15-Nome do titular do plano VIVIANE POLI		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARLOS ANDRE SA	18-Número no CRO 14963	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03100323939	22-Nome do Contratado Executante MARLOS ANDRE SA	23-Número no CRO 14963	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante MARLOS ANDRE SA	27-Número no CRO 14963	28-UF PR	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-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	84	VOL	1	122,00	0,00			09/02/14		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/02/14	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 122,00	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 09/02/14	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/02/14	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/02/14	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/02/14
---------------	---	---	---	---

Marlos André Sa
Cirurgião Dentista
CRM 14.923