



2-Nº

450793
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/1/011/1211	4-Data de Autorização 11/41/011/1211	5-Sintha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8183439	7-Data Validade da Sintha 11/1/041/1211	450793 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 0002025307100019402 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS 11-Data Validade da Carteira 11/1/1/1 12-Número do Cartão Nacional de Saúde						

[illegible]

Dado do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM		18-Número no CRO 8307		19-UF SC		20-Código CBO S 09		025 - Educação Especial	
--	--	--	--	---------------------------------	--	--------------------	--	------------------------------	--	----------------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 4 1 8 2 4 8 1 4 7	22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	23-Número no CRO 8307	24-UF SC	25-Código CNES	Enviar - RX (i) 81000375-RME (i) 81000375-RMD
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		27-Número no CRO 8307	28-UF SC	29-Código CBO S	(i) 81000375-RPE (i) 81000375-RPD

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabella	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 / Classif. 42-Assinatura	
1- 0 0 0 8 1 0 0 0 3 7 5		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	1 4 0 0		0 0 0		15/11/21	x Samuê	
2- 0 0 0 8 1 0 0 0 3 7 5		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	1 4 0 0		0 0 0		15/11/21	x Samuê	
3- 0 0 0 8 1 0 0 0 3 7 5		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	1 4 0 0		0 0 0		15/11/21	x Samuê	
4- 0 0 0 8 1 0 0 0 3 7 5		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	1 4 0 0		0 0 0		15/11/21	x Samuê	
5- _____												
6- _____												
7- _____												
8- _____												
9- _____												
10- _____												
11- _____												
12- _____												
13- _____												
14- _____												
15- _____												

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

1- Tratamento Odontológico

2- Exame Radiológico

3- Ortodontia

4- Urgência/Emergência

1- Total

2- Parcial

15

6

0

0

0

0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acelho 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(ram) 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 oferecido, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	14/10/12	14/10/12	14/10/12
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	14/10/12	14/10/12	14/10/12
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	14/10/12	14/10/12	14/10/12
53-Data, local e Carimbo da Empresa	14/10/12	14/10/12	14/10/12

Dr. Marina F. Macielos
Residência: Fátima - CRG 2307
CNPJ 07.862.615/0001-76
Farmácia Farmológica Ltda.