



501932
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/7/03/12/11

4-Data de Autorização
12/12/03/12/11

5-Santa
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8396774

7-Data Validade da Santa
15/1/06/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00201252721199000223011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INDUSTRIA E COMERCIO DE

11-Data Validade da Carteira
11/1/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
REGINALDO DOS SANTOS

26/12/1974

14-Teléfono
() -

15-Nome do titular do plano
REGINALDO DOS SANTOS

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N
17-Nome do Profissional Solicitante
WILLIAN PEREIRA ROCHA

18-Número no CRO
11206

19-UF
SC

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / ONP / CPF
1050817781900
22-Nome do Contratado Executante
WILLIAN PEREIRA ROCHA

23-Número no CRO
11206

24-UF
SC

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
WILLIAN PEREIRA ROCHA

27-Número no CRO
11206

28-UF
SC

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Data/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glisa 42-Assinatura
1	0081000165	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3,4,10,0	0,10,0			12/03/2011	
2											
3											
4											
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\$						
11/1/11	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	3,4,10,0	0,10,0							

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 no 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, compondo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Cartão da Empresa

William Pereira Rocha
Cirurgião Dentista
CRO/SC 11208