



460275
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 066414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/12	4-Data de Autorização 25/10/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8225261	7-Data Validade da Senha 22/10/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253471740000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CRISPINIANO DA SILVA XAVIER	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CRISPINIANO DA SILVA XAVIER		14-Telefone 30/09/1989	15-Nome do titular do plano CRISPINIANO DA SILVA XAVIER		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante INTEGRALY ODONTOLOGIA & SAUDE INTEGRADA		18-Número no CRO 19924	19-UF RS	20-Código CBO S 04
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 81411243587		22-Nome do Contratado Executante FLAVIA VILLELA LAURINDO	23-Número no CRO 19924	24-UF RS	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FLAVIA VILLELA LAURINDO		27-Número no CRO 19924	28-UF RS	29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa

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 Guisa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	25/10/12		Flavia
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	25/10/12		Flavia
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	25/10/12		Flavia
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	25/10/12		Flavia
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/10/12	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 144,00	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 25/10/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/12 Dra. Flavia Villela Doutora em Endodontia CRO-RS 19924	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/12 Crispino da Silva Xavier	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--