



432860
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 2 / 1 2 / 2 0	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE ATO	6-Número da Guia Principal 8111121	7-Data Validade da Senha 0 2 / 0 3 / 2 1
--------------------------	--	------------------------------	----------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 6 2 6 8 0 0 0 0 2 7 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CCT CONCEITUAL CONSTRUCOES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FRANCY FRANCA FEITOSA DAVID	16/02/1972	14-Telefone (9 8) 3 2 5 6 - 3 8 2 5	15-Nome do titular do plano NALDO RICARDO DOS SANTOS DAVID	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AURE ODONTO	18-Número no CRO 2681	19-UF MA	20-Código CBO S 01	025 - Enviar - RX (I) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 0 7 2 3 4 0 8 3 5 1	22-Nome do Contratado Executante RAISSA MACIEL CARVALHAL LIMA	23-Número no CRO 2681	24-UF MA	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RAISSA MACIEL CARVALHAL LIMA		27-Número no CRO 2681	28-UF MA	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-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	5 7 0 0	2 6 2 2		P	/ /		
2-	0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	13	PDI	1	1 1 3 0 0	5 1 9 8		P	/ /		
3-										/ /		
4-										/ /		
5-										/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
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 1 7 0 0 0	47-Valor Total R\$ 7 8 2 0	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 . A guia foi cancelada conforme RN Nº412 da ANS ao qual o beneficiário solicitou desativação do plano contratado.
--

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 Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--