



1657985
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 3 // 1 0 // 2 3	4-Data de Autorização 2 5 // 1 0 // 2 3	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11806957	7-Data Validade da Senha 2 1 // 0 1 // 2 4
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 5 8 6 0 9 3 0 0 0 0 1 4 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa REVETEX FABRICACAO DE TINTAS	11-Data Validade da Carteira _ _ // _ _ // _ _	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCIANE SCHULTZ	14-Telefone (_ _) _ _ - _ _ _ _	15-Nome do titular do plano LUCIANE SCHULTZ		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIELLE CAROLLINE LOURENCO	18-Número no CRO 29402	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5 1 5 9 8 5 9 9 0 0 0 1 4 8	22-Nome do Contratado Executante BELLA ODONTOLOGIA LTDA ME	23-Número no CRO 29402	24-UF PR	25-Código CNES 9999999	
26-Nome do Profissional Executante DANIELLE CAROLLINE LOURENCO		27-Número no CRO 29402	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-	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 , 0 0	0 , 0 0		S			
2-	0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	1 4 0 , 0 0	0 , 0 0		S			
3-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	8 8 , 0 0	0 , 0 0		S			
4-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL		RPSD	1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S			
5-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL		RMSD	1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S			
6-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	8 8 , 0 0	0 , 0 0		S			
7-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	12	V	1	6 1 , 0 0	0 , 0 0		S			
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 4 3 9 , 0 0	47-Valor Total R\$ _ _ _ _ , 0 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

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 _ _ // _ _ // _ _
--	--	--	--