



484973
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2012	4-Data de Autorização 11/12/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8331510	7-Data Validade da Semana 12/05/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Endereço POS REDE PRESTADORA	11-Data Validade da Central 11/12/13	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
6-Número da Carteira 0002020253068670000000101		13-Idade 17/10/1973	14-Telefone ()	15-Nome do Titular do plano ROSALINA PEREIRA DOS SANTOS

13-Nome ROSALINA PEREIRA DOS SANTOS	14-Telefone ()	15-Nome do Titular do plano ROSALINA PEREIRA DOS SANTOS
--	--------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRO 13156	17-UF DF	18-Código CBO 5 025 -
16-Identificação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA SOARES DO SACRAMENTO E SILVA	19-UF DF	20-Código CHES Enviar - RX	(I) 85100218 (I) 85100200

21-Código da Operadora - CNPJ / CPF 02081300821171	22-Nome do Contratado Executante CAMILA SOARES DO SACRAMENTO E SILVA	23-Número no CRO 13156	24-UF DF	25-Código CHES (I) 85100200
---	---	---------------------------	-------------	--------------------------------

26-Nome do Profissional Executante CAMILA SOARES DO SACRAMENTO E SILVA	27-Número no CRO 13156	28-UF DF	29-Código CBO 5 (I) 85100200
---	---------------------------	-------------	---------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rolagem	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data do Realizacão	41-Motivo da Guin	42-Assinatura
1-	00018511002018	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MPD	1	122100	0000	120301		12/03/12		Rosalina
2-	00018511002000	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	88100	0000	120301		12/03/12		Rosalina
3-	00018511002000	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88100	0000	120301		12/03/12		Rosalina
4-	00018511002000	RESTAURAÇÃO RESINA	12	PD	1	88100	0000	120301		12/03/12		Rosalina
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/12/13	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 3886100	47-Valor Total R\$ 0000	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 e cumprindo as obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Devidamente, 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 este 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 12/03/12 Rosalina	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/03/12 Rosalina	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/03/12 Rosalina	53-Data, local e Carimbo de Empresa
--	--	--	-------------------------------------

Dra. Camila Soares
Cirurgiã Dentista
CRO-DF 13156