



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/05/2018 4-Data de Autorização 10/07/2018 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 14203254 7-Data Validade da Senha 10/04/2019

2412035
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202525307100010702

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome TATIANE DE SOUZA DIAS

14-Telefone () -

15-Nome do titular do plano LUCIANO SILVANER DIAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante JYME MAIA RODRIGUES

18-Número no CRO 21309

19-UF SC

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 59302556000185

22-Nome do Contratado Executante JMR ODONTOLOGIA LTDA ME

23-Número no CRO 21309

24-UF SC

25-Código CNES 99999999

26-Nome do Profissional Executante JYME MAIA RODRIGUES

27-Número no CRO 21309

28-UF SC

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	M	1	61,00	0,00			12/05/2015		
2												
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 61,00

47-Valor Total R\$

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

Favor anexar rx final e foto ao término do procedimento conforme regras da operadora.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/05/2015

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/05/2015

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/05/2015

53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/05/2015

JYME MAIA RODRIGUES
Cirurgião-Dentista
CRO/SC 21309