



347201
INTERCÁMBIO

1-Registro ANS	406414
3-Data de Emissão da Guia	12/8/10 7/12/01
4-Data de Autorização	12/9/10 7/12/01
5-Senha	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	7742216
7-Data Validade da Senha	12/6/11 0/12/01

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 1 2 0 2 5 2 0 2 0 3 0 0 0 0 0 4 0 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA		11-Data Validade da Carteira _/_/__/__/_/___		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANDRESSA MARINA PORTES		06/11/1986		14-Telefone () _ _ _ _ _ - _ _ _ _		15-Nome do titular do plano ANDRESSA MARINA PORTES			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Adendo a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDERSON COUTINHO FELICIO	18-Número no CRO 14941	19-UF SC	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 127171132131218111	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	23-Número no CRO 14941	24-UF SC	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	27-Número no CRO 14941	28-UF SC	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Data Previsão	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			0 0 0	S	10/08/20		[assinatura]
2 -												
3 -												
4 -												
5 -												
6 -												
7 -												
8 -												
9 -												
10 -												
11 -												
12 -												
13 -												
14 -												
15 -												
			43-Tipo de Atendimento		44-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
			1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		3 4 0 0		0 0 0			

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), 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 Dentista Solicitante	19/3/1981/201
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	19/3/1981/201
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	19/3/1981/201
53-Data, local e Carimbo da Empresa	19/3/1981/201