



362902
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/04/2017 4-Data de Autorização 12/04/2017 5-Semina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50186291 7-Data Validade da Guia 12/21/11/2017

8-Número da Carteira 1003799940651480118 9-Flanco POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ROBERTO AZEVEDO TE 11-Data Validade da Carteira 12/21/11/2017 12-Número de Cartão Nacional de Saúde 898005181031554

13-Nome ISABELLE PROCOPIO SANTANA 14-Teléfono 09/04/2017 15-Nome do titular do plano ROBERTO AZEVEDO TEIXEIRA SANTA

16-Atribuição a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA 18-Número no CRO 31802 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 182436274720 22-Nome do Contratado Especialista DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA 23-Número no CRO 31802 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Funcionário DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA 27-Número no CRO 31802 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-1-Faixa	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-0	0	810000651	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34,00	0,00	5	24,00	08/12/2017		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 12/08/2017 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 34,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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(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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-D-Ata, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 51-Ata local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-D-Ata, local e Assinatura do Especialista / Responsável 53-D-Ata, local e Assinatura da Empresa