

2020356
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 09/11/2014	4-Data de Autorização 11/17/10 09/11/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12937712	7-Data Validade da Senha 10/08/11 12/12/14
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020202511517959000318031	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SCHULZ SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	-------------------------	---	---------------------------------------

VINICIUS SOARES DE ARAUJO

17/11/2010

EVANDRO CESAR DE ARAUJO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NICOLI MARCELINO DELALLO	18-Número no CRO 20523	19-UF SC	20-Código CBO S 20523
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
13287320300018922-Nome do Contratado Executante
DENTAL MED CLINICA INTEGRADA LTDA25-Código CNES
2925699

Faturar Empresa

025 -

26-Nome do Profissional Executante

23-Número no CRO
2052324-UF
SC

29-Código CBO S

28-UF
SC

NICOLI MARCELINO DELALLO

27-Número no CRO
2052328-UF
SC

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rugilo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mobro da Class 42-Assinatura
1	00184000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16	1	1	49,00	0,00	0,00	11	12/11/09	12/11/09
2	00184000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26	1	1	49,00	0,00	0,00	11	12/11/09	12/11/09
3	00184000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36	1	1	49,00	0,00	0,00	11	12/11/09	12/11/09
4	00184000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	37	1	1	49,00	0,00	0,00	11	12/11/09	12/11/09
5	00184000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	44	1	1	49,00	0,00	0,00	11	12/11/09	12/11/09
6	00184000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	47	1	1	49,00	0,00	0,00	11	12/11/09	12/11/09
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 11294,00	47-Valor Total R\$ 11294,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11294,00
---	--	---	------------------------------------	--------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, iscos, 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/09/11 214	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/09/11 214	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/09/11 214	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/09/11 214	54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/09/11 214
--	--	--	--	--