

586072
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/06/2016		4-Data de Autorização 12/04/2016		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8704055		7-Data Validade da Senha 14/09/2017	
Dado do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
10-020202375472000000102										11-Data Validade de Carteira 11/11/11	
13-Nome GISELE CASOTO DE OLIVEIRA										15-Nome do titular do plano WILLIAM DOS SANTOS LOPES	
14-Teléfono () 1111111111											
Dado do Contratado Responsável pelo Tratamento										20-Código CBO S 04	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante H & B REABILITACAO ORAL S/C LTDA		18-Número no CRO 62952		19-UF SP		21-UF SP		22-UF SP	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12717451580854		22-Nome do Contratado Executante DEBORA DA SILVA HENRIQUES		23-Número no CRO 62952		24-UF SP		25-Código CNES 62952		26-UF SP	
26-Nome do Profissional Executante DEBORA DA SILVA HENRIQUES		27-Número no CRO 62952		28-UF SP		29-UF SP		30-UF SP		31-UF SP	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tipologia 1-001810000065		32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA		33-Dente/Região 1		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 3400	
2-00185200140		TRATAMENTO ENDODONTICO		25		33300		0000		S1506121	
3-00185200158		TRATAMENTO ENDODONTICO		26		33300		0000		S1506121	
4-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASD		36000		0000		S2506121	
5-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE		36000		0000		S2506121	
6-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE		36000		0000		S2506121	
7-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		36000		0000		S2506121	
8-1111111111											
9-1111111111											
10-1111111111											
11-1111111111											
12-1111111111											
13-1111111111											
14-1111111111											
15-1111111111											
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11		44-Tipo de Atendimento 1111111111		45-Tipo de Falamento 11044000		46-Total Quantidade US 11044000		47-Valor Total R\$ 11044000		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11044000	
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.											
46-Observação											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/06/2017		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/06/2017		53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11					