



372262
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 09/10/2019 4-Data de Autorização 09/10/2019 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50190174 7-Data Validade da Serção 08/11/2020 12-Número do Cartão Nacional da Saúde 706907198885131

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00377000029696456

13-Nome LIZ DA SILVA MASCARENHAS

21/12/1988

11-Data Validade da Carteira 12/11/2020 15-Nome do titular do plano LAIZA DA SILVA MASCARENHAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento 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 CNES 31802 22-Nome do Contratado Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA 23-Número no CRO 31802 24-UF RJ 25-Código CBO S 31802 26-UF RJ 27-Código CBO S 31802

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	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-Móvio da Clínica	42-Assinatura						
1-0	0	8,5	1	0	0	1	9,6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	6,1	0,0	0,0	0,0	5	12/11/2020	X
2-																		
3-																		
4-																		
5-																		
6-																		
7-																		
8-																		
9-																		
10-																		
11-																		
12-																		
13-																		
14-																		
15-																		
16-																		
43-Guia Previsto Término do Tratamento												44-1º de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$		
												1-1º Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Ulçerica/Emergência	1-1º Total 2-Parcial	6,1	0,0	0,0		

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as propostas, 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) 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.

Assinaturas

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/12/11 11/11/20 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/12/11 11/11/20 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/11 11/11/20 53-Data, local e Assinatura do Responsável 11/12/11 11/11/20