



2-Nº



337213
INTERCÁMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/01/07 11:20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50175649		7-Data Validade da Senha 08/11/01 12:01		337213 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário											
8-Número de Carteira 01037000000101473516											
13-Nome SCHMUELL LOPES CANTANHEDE											
12-Data Validade da Carteira 11/11/11										12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707509235430590	
15-Nome do titular do plano SCHMUELL LOPES CANTANHEDE											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N											
17-Nome do Profissional Solicitante MARILENE MOREIRA CUNHA											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45760381768											
22-Nome do Contratado Executante MARILENE MOREIRA CUNHA											
26-Nome do Profissional Executante MARILENE MOREIRA CUNHA											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela											
31-Código do Procedimento										32-Descrição	
1-0108110004121										RX PERIAPICAL	
2-01085100196										RESTAURAÇÃO RESINA	
3-01085100196										RESTAURAÇÃO RESINA	
4-11111111111											
5-11111111111											
6-11111111111											
7-11111111111											
8-11111111111											
9-11111111111											
10-11111111111											
11-11111111111											
12-11111111111											
13-11111111111											
14-11111111111											
15-11111111111											
43-Data Prevista Término do Tratamento										44-Tipo de Atendimento	
11/11/11										1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	
45-Tipo de Faturamento										46-Total Quantidade US	
1-Total 2-Parcial										136,00	
47-Valor Total R\$										0,00	
48-Total Franquia / Co-participação R\$										0,00	
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(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 Cirurgião-Dentista Solicitante 29/07/2012 João Carlos de Almeida											
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/07/2012 João Carlos de Almeida											
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/07/2012											
53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/07/2012											