


398557
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 19/11/2010	4-Data de Autorização 19/11/2010	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50199926	7-Data Validade da Sentença 17/11/2011
--------------------------	--	-------------------------------------	--------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000379994064939534	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ABRIGO DO MARINHEIRO	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704001308404163
--	--------------------------------	------------------------------------	--	--

13-Nome
MARCEL Y DOS SANTOS SENA DE VAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	14-Telefone 19/01/1987	15-Nome do titular do plano VICTOR MONTEIRO DE VASCONCELLO
---	---------------------------	---

16-Aliamento a RN N	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 na Operadora / CNPJ / CPF 182436274720	22-Nome do Contratado Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	23-Número no CRO 31802	24-UF RJ	25-Código CNES
---	---	---------------------------	-------------	----------------

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	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-Motivo da Gloriosa 42-Assinatura
-----------	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	-------------------------------------

1-0	0	8	1	0	0	0	6	5				
CONSULTA ODONTOLÓGICA												

2-1												
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3-1												
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4-1												
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5-1												
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6-1												
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7-1												
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8-1												
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9-1												
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10												
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

11												
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

12												
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

13												
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

14												
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

15												
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

43-Data Término do Tratamento 15/11/2010	44-Tipo de Atendimento ☐ 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\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,11
---	---	--	---------------------------------	-----------------------------	---

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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

44-Observação

Dulcineia S. B. Baptista

Dulcineia S. B. Baptista

Dulcineia S. B. Baptista

Dulcineia S. B. Baptista

Dulcineia S. B. Baptista

Dulcineia S. B. Baptista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/11/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 15/11/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/11/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/11/2010
---	---	---	---