



311773
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/08/2015 4-Dia de Autorização 11/10/2015 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7552305 7-Dia Validade da Semeta 10/06/2018

8-Número da Carteira 1002021522355700046901 9-Tipo POS REDE PRESTADORA 10-Empresa VIP CLUB ADM E TERCEIRIZACAO 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional do Saúde

13-Nome ANDRESSA STEHFANNY BRAZAO DA COSTA 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano ANDRESSA STEHFANNY BRAZAO DA COSTA 16-Data Validade da Guia 28/11/1993

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante: ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CRO 563 19-UF AP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 193894813253 22-Nome do Contratado Excludente ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número no CRO 563 24-UF AP 25-Código CHES 26-UF AP 27-Número no CRO 563 28-UF AP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Dica	42-Assinatura
1-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3 5,10	0	0	1	05/20		Andressa
2-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3 5,10	0	0	1	05/20		Andressa
3-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3 5,10	0	0	1	05/20		Andressa
4-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3 5,10	0	0	1	05/20		Andressa
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
0												
1												
2												
3												
4												
5												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tipicamente Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirúrgico 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 140,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, confirme 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), ocorreram 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, compondo a fatura a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Dentista 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dia, local e Assinatura do Segurador / Responsável 53-Dia, local e Assinatura da Empresa

