



2-Nº



1960599
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2017	4-Data de Autorização 10/05/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12742313	7-Data Validade da Senha 20/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025020202200029802	POS REDE PRESTADORA	A ANGELONI & CIA LTDA CLUBE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VITORIA DE OLIVEIRA CASAROTTO TICIANI	(11) 1111-1111	LIDIANE DE OLIVEIRA CASAROTTO TICIANI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAURIEM DE SOUZA PES	18-Número no CRO 3754	19-UF SC	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 8 8 8 9 7 7 5 3 9 4 9	22-Nome do Contratado Executante MAURIEM DE SOUZA PES	23-Número no CRO 3754	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MAURIEM DE SOUZA PES	27-Número no CRO 3754	28-UF SC	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qld	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00	000	S	05/08/24		Roz
2-										/ /	/ /	
3-										/ /	/ /	
4-										/ /	/ /	
5-										/ /	/ /	
6-										/ /	/ /	
7-										/ /	/ /	
8-										/ /	/ /	
9-										/ /	/ /	
10-										/ /	/ /	
11-										/ /	/ /	
12-										/ /	/ /	
13-										/ /	/ /	
14-										/ /	/ /	
15-										/ /	/ /	

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/5/2018	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 3 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

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 19/5/2018 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/5/2018 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário-Responsável 19/5/2018 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa [Carimbo]
--	--	--	--

Dr.º Maurício de Souza
3 Esp. DMPP, 1º Esp. Dentista
CRO/SC 3751 - CRF 888.973/339-49

Realizado(s) com meu consentimento e de acordo com o termo de consentimento informado.

Assinatura: _____

Dr. Mauricio de Souza Pereira
3 Esp. DTM, Profa. Dentística
CRO/SC 3794, CPF: 088.677.339-49