



350948
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dado de Emissão da Guia 10/04/1980	4-Dado de Autorização 10/04/1980	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181441	7-Dado Validação da Santa 10/02/11/11/20
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	---

8-Número da Carteira 10/03/710000027939173	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MARIA DAS DORES MA	11-Data Validação da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704600138282929
---	--------------------------------	----------------------------------	---	--

13-Nome MARIA DAS DORES MATOS DANTAS	14-Teléfono () -1-1111	15-Nome do titular do plano MARIA DAS DORES MATOS DANTAS
---	----------------------------	---

16-Atribuição a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	18-Número no CRO 31802	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
-------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 82436274720	22-Nome do Contratado Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	23-Número no CRO 31802	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
--	---	---------------------------	-------------	-----------------------------------

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 Guia	42-Assinatura
1-0	0	85300471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	0,00	11/03/10	10/08/20		
2-0	0	85300471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	0,00	11/03/10	10/08/20		
3-0	0	85300471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	0,00	11/03/10	10/08/20		
4-0	0	85300471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	0,00	11/03/10	10/08/20		
5-0	0	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13 P	1	61,00	0,00	0,00	11/03/10	10/08/20		
6-1	1											
7-1	1											
8-1	1											
9-1	1											
10-1	1											
11-1	1											
12-1	1											
13-1	1											
14-1	1											
15-1	1											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/03/10	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 205,00	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-Diagnóstico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/03/10	51-Diagnóstico e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 11/03/10	52-Diagnóstico e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/03/10	53-Diagnóstico e Assinatura da Empresa 11/03/10
---	--	---	--