


317108
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/2015	4-Data de Autorização 28/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7597489	7-Data Validade da Senha 24/10/2018
8-Número de Carteira 00202521694600094702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CECRISA REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VANESSA MARANGONI		14-Telefone 04/11/1990	15-Nome do titular do plano VALDEMAR MARANGONI		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA MARACAJA LTDA		18-Número no CRO 7007	19-UF SC	20-Código CBO S 10
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00692074961		22-Nome do Contratado Executante OSNI VASSEN NETO	23-Número no CRO 7007	24-UF SC	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante OSNI VASSEN NETO		27-Número no CRO 7007	28-UF SC	29-Código CBO S	025 - Faturar Empresa

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 Olosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			22/06/2015		X Donora
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	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\$ 0,00	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 no 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/2015 X Donora	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	--	--



315828
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/05/2011	4-Data de Autorização 21/05/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7584301	7-Data Validade da Senha 21/08/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025216946000947011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CECRISA REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VALDEMAR MARANGONI		14-Telefone 09/05/1968	15-Nome do titular do plano VALDEMAR MARANGONI	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA MARACAJA LTDA	18-Número no CRO 7007	19-UF SC	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 00692074961	22-Nome do Contratado Executante OSNI VASSEN NETO	23-Número no CRO 7007	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante OSNI VASSEN NETO		27-Número no CRO 7007	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			18/06/2011		Valdemar
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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\$ 0,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/06/2011 Valdemar	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--