

555050
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Dados de Cadastro 118110511211		4-Data de Ativação 119110511211		5-Série AUTORIZADO		6-Numero da Guia Principal 8599766		7-Data Validade da Série 116110811211		555050 INTERCÁMBIO													
Dados do Beneficiário												8-Numero da Carteira 101021025110510601101043021		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira 111114669156011		12-Numero do Cartão Nacional de Saúde					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												13-Data de Nascimento 16/10/2003		14-Telefone 111114669156011		15-Nome do Titular do plano ROSANGELA DA CRUZ		16-Data de Nascimento 16/10/2003		17-Data Validade da Carteira 111114669156011		18-Numero da Carteira 101021025110510601101043021			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												19-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER		20-Numero do Contrato E executor 55391		21-UF SP		22-Código CBO S 55391		23-UF SP		24-Código CBO S 55391		25-Data de Nascimento 16/10/2003	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												26-Nome do Contratado E executor ELISABETE MONTEIRO SCHAFER		27-Numero do CBO 55391		28-UF SP		29-Código CBO S 55391		30-UF SP		31-Código CBO S 55391		32-Data de Nascimento 16/10/2003	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												33-Nome do Contratado E executor ELISABETE MONTEIRO SCHAFER		34-Numero do CBO 55391		35-UF SP		36-Código CBO S 55391		37-UF SP		38-Código CBO S 55391		39-Data de Nascimento 16/10/2003	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												40-Nome do Contratado E executor ELISABETE MONTEIRO SCHAFER		41-Numero do CBO 55391		42-UF SP		43-Código CBO S 55391		44-UF SP		45-Código CBO S 55391		46-Data de Nascimento 16/10/2003	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												47-Nome do Contratado E executor ELISABETE MONTEIRO SCHAFER		48-Numero do CBO 55391		49-UF SP		50-Código CBO S 55391		51-UF SP		52-Código CBO S 55391		53-Data de Nascimento 16/10/2003	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												54-Nome do Contratado E executor ELISABETE MONTEIRO SCHAFER		55-Numero do CBO 55391		56-UF SP		57-Código CBO S 55391		58-UF SP		59-Código CBO S 55391		60-Data de Nascimento 16/10/2003	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												61-Nome do Contratado E executor ELISABETE MONTEIRO SCHAFER		62-Numero do CBO 55391		63-UF SP		64-Código CBO S 55391		65-UF SP		66-Código CBO S 55391		67-Data de Nascimento 16/10/2003	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												68-Nome do Contratado E executor ELISABETE MONTEIRO SCHAFER		69-Numero do CBO 55391		70-UF SP		71-Código CBO S 55391		72-UF SP		73-Código CBO S 55391		74-Data de Nascimento 16/10/2003	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												75-Nome do Contratado E executor ELISABETE MONTEIRO SCHAFER		76-Numero do CBO 55391		77-UF SP		78-Código CBO S 55391		79-UF SP		80-Código CBO S 55391		81-Data de Nascimento 16/10/2003	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												82-Nome do Contratado E executor ELISABETE MONTEIRO SCHAFER		83-Numero do CBO 55391		84-UF SP		85-Código CBO S 55391		86-UF SP		87-Código CBO S 55391		88-Data de Nascimento 16/10/2003	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												89-Nome do Contratado E executor ELISABETE MONTEIRO SCHAFER		90-Numero do CBO 55391		91-UF SP		92-Código CBO S 55391		93-UF SP		94-Código CBO S 55391		95-Data de Nascimento 16/10/2003	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												96-Nome do Contratado E executor ELISABETE MONTEIRO SCHAFER		97-Numero do CBO 55391		98-UF SP		99-Código CBO S 55391		100-UF SP		101-Código CBO S 55391		102-Data de Nascimento 16/10/2003	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												103-Nome do Contratado E executor ELISABETE MONTEIRO SCHAFER		104-Numero do CBO 55391		105-UF SP		106-Código CBO S 55391		107-UF SP		108-Código CBO S 55391		109-Data de Nascimento 16/10/2003	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												110-Nome do Contratado E executor ELISABETE MONTEIRO SCHAFER		111-Numero do CBO 55391		112-UF SP		113-Código CBO S 55391		114-UF SP		115-Código CBO S 55391		116-Data de Nascimento 16/10/2003	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												117-Nome do Contratado E executor ELISABETE MONTEIRO SCHAFER		118-Numero do CBO 55391		119-UF SP		120-Código CBO S 55391		121-UF SP		122-Código CBO S 55391		123-Data de Nascimento 16/10/2003	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												124-Nome do Contratado E executor ELISABETE MONTEIRO SCHAFER		125-Numero do CBO 55391		126-UF SP		127-Código CBO S 55391		128-UF SP		129-Código CBO S 55391		130-Data de Nascimento 16/10/2003	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												131-Nome do Contratado E executor ELISABETE MONTEIRO SCHAFER		132-Numero do CBO 55391		133-UF SP		134-Código CBO S 55391		135-UF SP		136-Código CBO S 55391		137-Data de Nascimento 16/10/2003	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												138-Nome do Contratado E executor ELISABETE MONTEIRO SCHAFER		139-Numero do CBO 55391		140-UF SP		141-Código CBO S 55391		142-UF SP		143-Código CBO S 55391		144-Data de Nascimento 16/10/2003	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												145-Nome do Contratado E executor ELISABETE MONTEIRO SCHAFER		146-Numero do CBO 55391		147-UF SP		148-Código CBO S 55391		149-UF SP		150-Código CBO S 55391		151-Data de Nascimento 16/10/2003	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												152-Nome do Contratado E executor ELISABETE MONTEIRO SCHAFER		153-Numero do CBO 55391		154-UF SP		155-Código CBO S 55391		156-UF SP		157-Código CBO S 55391		158-Data de Nascimento 16/10/2003	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																									

Emminger, Odessa, 77610001-7
CNPJ: 10.636.27610001-7

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

5.2. Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável:

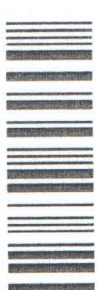
53-Data, local e Carimbo da Empresa

--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2015	4-Data de Autorização 11/09/2015	5-Será Autorizado	6-Número da Guia Principal 8603537	7-Data Validade da Guia 11/08/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101210251055060101043021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Endereço INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16/10/2003

ROSANGELA DA CRUZ

15-Atividade a ser realizada N	17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	18-Número no CRO 55391	19-UF SP	20-Código CBO S 9177	21-Faturar Empresa
-----------------------------------	---	---------------------------	-------------	-------------------------	--------------------

21-Código no Operador / Cnpj / Cpf 25070426800111	22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	23-Número no CRO 55391	24-UF SP	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	27-Número no CRO 55391	28-UF SP	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Fator	35-Qto	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Montante da Guia	42-Assinatura
1-0	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	S	26/05/21	156072	Assinatura
2-0	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	S	26/05/21	156072	Assinatura
3-0	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	S	26/05/21	156072	Assinatura
4-0	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	S	26/05/21	156072	Assinatura
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 26/05/21	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 1140,00	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 de profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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, compondo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Socor - 057524	50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/05/21	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/05/21	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/05/21	53-Data local e Assinatura da Empresa 26/05/21
---------------------------------	--	--	--	---

Empresário Odontológico
CNPJ: 06.936.276/0001-71