



2306187
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/09/2015

4-Data de Autorização
13/10/2015

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
13857219

7-Data Validade da Senha
10/17/2018

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira
100202511157959001050011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
SCHULZ SA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JOAO BATISTA BITTENCOURT TORRES

21/08/1967

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
JOAO BATISTA BITTENCOURT TORRES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ANA LARISSA OLIVEIRA DO NASCIMENTO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
15110507780000146

22-Nome do Contratado Executante
SELECT ODONTOLOGIA LTDA

26-Nome do Profissional Executante
ANA LARISSA OLIVEIRA DO NASCIMENTO

27-Número no CRO
23540

28-UF
SC

29-Código CBO S

(1) 85100200
(1) 85100200

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	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 Guisa	42-Assinatura
1	00811000421	RX PERIAPICAL	RCSD	1	1	14,00	0,00	113,00	0,00	11/11/15		
2	00811000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	14,00	0,00	113,00	0,00	11/11/15		
3	00851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	VD	1	1	8,00	0,00	112,00	0,00	11/11/15		
4	00851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	VM	1	1	8,00	0,00	112,00	0,00	11/11/15		
5	00851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	V	1	1	16,00	0,00	112,00	0,00	11/11/15		
6	00851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	V	1	1	16,00	0,00	112,00	0,00	11/11/15		
7	00851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	V	1	1	16,00	0,00	112,00	0,00	11/11/15		
8	00851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	V	1	1	16,00	0,00	112,00	0,00	11/11/15		
9	00851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	MP	1	1	8,00	0,00	112,00	0,00	11/11/15		
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista 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
536,00

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, 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
26/11/2015

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
26/11/2015

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
26/11/2015

53-Data, local e Assinatura da Empresa
26/11/2015

Dra. Ana Larissa Nascimento
Cirurgiã Dentista
CRO SC 23540