



2496098
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 8 / 1 1 0 / 1 2 5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14467101	7-Data Validade da Guia 0 1 7 / 1 1 2 / 1 2 5
--------------------------	--	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 0 3 3 8 5 3 7 0 0 0 0 3 4 0 2	11-Empresa CONDOMINIO PRESTIGE	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702503300527631
---	-----------------------------------	--

13-Nome

IRALYS MEERSAY CEDILLO ROJAS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JULIO CESAR PALACIOS SANTANA
------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a FIN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDREA DOROTEU DANTAS	18-UF PR	19-UF PR	20-Código CBO S 30100	21-Código no CNES 9568166	22-UF PR	23-UF PR	24-UF PR	25-Código CBO S 30100	26-UF PR	27-UF PR	28-UF PR	29-UF PR	30-UF PR	31-UF PR	32-UF PR	33-UF PR	34-UF PR	35-UF PR	36-UF PR	37-UF PR	38-UF PR	39-UF PR	40-UF PR	41-UF PR	42-UF PR	43-UF PR	44-UF PR	45-UF PR	46-UF PR	47-UF PR	48-UF PR	49-UF PR	50-UF PR	51-UF PR	52-UF PR	53-UF PR	54-UF PR	55-UF PR	56-UF PR	57-UF PR	58-UF PR	59-UF PR	60-UF PR	61-UF PR	62-UF PR	63-UF PR	64-UF PR	65-UF PR	66-UF PR	67-UF PR	68-UF PR	69-UF PR	70-UF PR	71-UF PR	72-UF PR	73-UF PR	74-UF PR	75-UF PR	76-UF PR	77-UF PR	78-UF PR	79-UF PR	80-UF PR	81-UF PR	82-UF PR	83-UF PR	84-UF PR	85-UF PR	86-UF PR	87-UF PR	88-UF PR	89-UF PR	90-UF PR	91-UF PR	92-UF PR	93-UF PR	94-UF PR	95-UF PR	96-UF PR	97-UF PR	98-UF PR	99-UF PR	00-UF PR
---------------------------	--	-------------	-------------	--------------------------	------------------------------	-------------	-------------	-------------	--------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5 6 3 8 7 8 3 8 0 0 0 1 3 4	22-Nome do Contratado Executante FSN ODONTOLOGIA LTDA
--	--

26-Nome do Profissional Executante ANDREA DOROTEU DANTAS

27-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados
--

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados
--

30-Tabella	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
1-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	6	1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0
2-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	6	1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0
3-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
4-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
5-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
6-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
7-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
8-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
9-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
10-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
11-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
12-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
13-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
14-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										
15-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA										

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
0 0 / 1 1 / 1 1	1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1 1 2 2 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0

Dedarei, 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

null

Alto 85100195: Necessário apresentação de foto inicial para autorização

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 20/11/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/11/2019
---	---	---	---

CNPJ: 56.387.838/0001-84