



2242405
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 4 / 0 3 / 2 5	4-Data de Autorização / / / /	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 13642353	7-Data Validade da Senha 1 2 / 0 6 / 2 5
--------------------------	--	----------------------------------	--------------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 9 7 2 0 2 6 2 5 7 2 0 0 0 0 3 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ANA PAULA COSTA DE ALMEIDA	11-Data Validade da Carteira / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARY JANE COSTA DE ALMEIDA 17/02/1962		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANA PAULA COSTA DE ALMEIDA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PAMELA VIANNA DE ALMEIDA SOARES	18-Número no CRO 40467	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 2 0 6 6 7 3 3 7 0 9	22-Nome do Contratado Executante PAMELA VIANNA DE ALMEIDA SOARES	23-Número no CRO 40467	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante PAMELA VIANNA DE ALMEIDA SOARES		27-Número no CRO 40467	28-UF RJ	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

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-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	1 4 4 0 0	0 0					
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 0 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	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 / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--