



432431
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/11/2020	4-Data de Autorização 02/11/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50210300	7-Data Validade da Senha 02/03/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037000024340440	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa APEFRIO PLPART	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700307950273439	
13-Nome TAIS GOMES VIEIRA DE SOUZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RAFAEL DE SOUZA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA GOLD SAUDE	18-Número no CRO 35384	19-UF RJ	20-Código CBO S 06	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01298472598	22-Nome do Contratado Executante AMABILI BOSI DE AGUILAR DA MATA	23-Número no CRO 35384	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante AMABILI BOSI DE AGUILAR DA MATA		27-Número no CRO 35384	28-UF RJ	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		S	02/11/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	02/11/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	02/11/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	02/11/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	02/11/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/11/2020	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 178,00	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) 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 GOLD SAUDE MACAÉ LTDA.	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/11/2020 - Macaé - RJ	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/2020 - Macaé - RJ	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/2020 - Macaé - RJ	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/11/2020 - Macaé - RJ
---	--	--	--	--