



2-Nº

325744
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/17/10 16:11:20.01	4-Data de Autorização 11/17/10 16:11:20.01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50166736	7-Data Validade da Senha 15/10/12 01
--------------------------	---	---	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 0 0 3 7 9 9 4 0 6 4 5 1 6 3		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EMPRESA BRASILEIRA	11-Data Validade da Carteira _ _ _ / _ _	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706006327945442
Dados do Titular do Plano 13-Nome PRISCILA SILVA DOS REIS		14-Telefone (_ _) _ _ _ _ _ _	15-Nome do titular do plano PRISCILA SILVA DOS REIS		
06/11/1983					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante
N	RODRIGO CARVALHO DA SILVA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante
10711501243703111	RODRIGO CARVALHO DA SILVA
26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO
RODRIGO CARVALHO DA SILVA	27455
18-Número no CRO	19-UF
27455	RJ
23-Número no CRO	24-UF
27455	RJ
25-Código CINES	20-Código CBO S
	801 - Faturar Empresa
28-UF	29-Código CBO S
RJ	

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 1 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4	0 0	0 0 0 0	S	18/06/2020		[Assinatura]		
2-	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6	0 0	0 0 0 0	S	18/06/2020		[Assinatura]		
3-	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6	0 0	0 0 0 0	S	18/06/2020		[Assinatura]		
4-	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6	0 0	0 0 0 0	S	18/06/2020		[Assinatura]		
5-	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6	0 0	0 0 0 0	S	18/06/2020		[Assinatura]		
6-														
7-														
8-														
9-														
10-														
11-														
12-														
13-														
14-														
15-														

43- Data Previsão Término do Tratamento

44- Tipo de Atendimento

45- Tipo de Faturamento

1- Total 2- Parcial

46- Total Quantidade US

1 1 7 8 0 0

47- Valor Total R\$

0 0 0 0

48- Total Franquia / Co-participação R\$

0 0 0 0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme forma apresentada, 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(ram) realizado(s) com meus consentimento(s) 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, com o entendimento de que não arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Especialista / Responsável
17/11/2011 Rafaela Carraro - Dentista Solicitante R.O. 01 27455	17/11/2011 Rafaela Carraro - Dentista R.O. 01 27455	17/11/2011 Rafaela Carraro - Dentista R.O. 01 27455
48-Observação		