



594346
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 2 / 0 6 / 2 1	4-Data de Autorização 2 3 / 0 6 / 2 1	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 8730986	7-Data Validade da Senha 2 0 / 0 9 / 2 1
--------------------------	--	--	----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 4 1 0 0 7 0 0 0 0 6 9 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASSOCIACAO NACIONAL DOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALEX SANDER SILVA DO NASCIMENTO	23/05/1995	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALEX SANDER SILVA DO NASCIMENTO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROSEANE CORDEIRO DE LIMA COSTA	18-Número no CRO 7174	19-UF PE	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85200085-38
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 9 0 0 2 1 6 9 0 4 3 0	22-Nome do Contratado Executante ROSEANE CORDEIRO DE LIMA COSTA	23-Número no CRO 7174	24-UF PE	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ROSEANE CORDEIRO DE LIMA COSTA		27-Número no CRO 7174	28-UF PE	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-	0 0 8 1 0 0 0 0 5 7	CONSULTA ODONTLOGICA DE			1	3 4 , 0 0	0 , 0 0	, S	0	1 / 0 7 / 2 1		
2-	0 0 8 5 2 0 0 0 8 5	REST TEMP TRAT EXPECTANTE	38		1	5 0 , 0 0	0 , 0 0	, S	0	1 / 0 7 / 2 1		
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 8 4 , 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 / /
--	--	--	--