



主

368334

INTERCÁMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Dados de Emissão da Guia 10/2/10 9/12/10		5-Sinistro AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50188689		7-Data Validação da Sinistra 10/1/12/10		368334 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 100379994061527707		9-Piano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa GRANIHIC SERVICES S		11-Data Validada da Carteira 11/1/12/10		12-Número do Contrato Nacional de Saúde 898005152258732			
13-Nome THAYLA BENJAMIN MIGUEL INDIO D		15/10/2016		14-Teléfono		16-Endereço e RN ANDREA BATISTA FERES		17-Nome do Profissional Solicitante ANDREA BATISTA FERES		Faturar Empresa PAULO EDUARDO PURITANDO INDIO	
18-Alimentação a RN N		19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101705217702		20-Código no CRO 22644		21-LUF RJ		22-Código CNES 22644		23-Código CBO S 22644	
24-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		32-Osteção		33-Qtd de Região		34-Fase		35-Qtd		36-Valor	
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Osteção		33-Qtd de Região		34-Fase		35-Qtd	
1-008400074		APLICAÇÃO DE SELANTE DE		55		1		5000		0000	
2-008400074		APLICAÇÃO DE SELANTE DE		54		1		5000		0000	
3-008400074		APLICAÇÃO DE SELANTE DE		64		1		5000		0000	
4-008400074		APLICAÇÃO DE SELANTE DE		65		1		5000		0000	
5-008400074		APLICAÇÃO DE SELANTE DE		75		1		5000		0000	
6-008400074		APLICAÇÃO DE SELANTE DE		74		1		5000		0000	
7-008400074		APLICAÇÃO DE SELANTE DE		84		1		5000		0000	
8-008400074		APLICAÇÃO DE SELANTE DE		85		1		5000		0000	
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											
43-Data Previsto Término do Tratamento 10/2/10 11/20		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial		46-Total Quantidade US 1400000		47-Valor Total RS 0000		48-Total Parcelas / Co-participação 11	
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 por contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(o)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, 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 10/2/10 11/20		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/2/10 11/20		52-Data, total e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/2/10 11/20		53-Data, local e Carimbo da Empresa			