



1130645
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/03/10 09/12/2		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10328541		7-Data Validade da Senha 10/2/11 12/12/2		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0002022523923700051801		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa G2C ADMINISTRADORA DE		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		13-Nome FERNANDA DE OLIVEIRA SILVA SALES		15-Nome do titular do plano FERNANDA DE OLIVEIRA SILVA SALES	
16-Atendimento a RN CENTRO ODONTOLÓGICO SORRINDO MAIS DE NITEROI		17-Nome do Profissional Solicitante CENTRO ODONTOLÓGICO SORRINDO MAIS DE NITEROI		18-Número no CRO 27786		19-UJF RJ		20-Código CBO S 06		225-Código CNES 9788050	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 129833248000115		22-Nome do Contratado Executante SORRINDO MAIS DE NITEROI LTDA		23-Número no CRO 27786		24-UJF RJ		25-Código CBO S		26-UF RJ	
26-Nome do Profissional Executante KELLY DE SOUZA ABREU		27-Número no CRO 27786		28-UJF RJ		29-Código CBO S		30-Tabela		31-Código do Procedimento	
32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US		37-Valor	
1-000811000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		1		3400		0,00	
2-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		1		3600		0,00	
3-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		1		3600		0,00	
4-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		1		3600		0,00	
5-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		1		3600		0,00	
6-00085100196		RESTAURAÇÃO RESINA		26		0		6100		0,00	
7-00000000000											
8-00000000000											
9-00000000000											
10-00000000000											
11-00000000000											
12-00000000000											
13-00000000000											
14-00000000000											
15-00000000000											
43-Data Previsão Término do Tratamento 10/09/22		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 239,00		47-Valor Total R\$		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(ram) 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 10/09/22 Kelly de Souza Abreu	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/22 Kelly de Souza Abreu	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/22 Fernanda Sales	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------