



1094546
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/08/22	4-Data de Autorização 14/09/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10227272	7-Data Validade da Senha 07/11/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202529843800002604	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TV CATARATAS LTDA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__/_/	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADONAI MARTINS DA SILVA		14-Telefone () - -	15-Nome do titular do plano ISRAEL SANTOS DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SOPHIA MAYUMI KATASHO	18-Número no CRO 54267	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 37968858291	22-Nome do Contratado Executante SOPHIA MAYUMI KATASHO	23-Número no CRO 54267	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante SOPHIA MAYUMI KATASHO		27-Número no CRO 54267	28-UF SP	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-	00851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	75	MO	1	88,00	0,00	S		/ /		
2-										/ /		
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 88,00	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) 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 _/_/__/__/_/
---	---	---	---