



451568
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/2/11 01/12/11	4-Data de Autorização 11/3/11 01/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8186278	7-Data Validade da Senha 11/2/11 04/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202507366700927801		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RENAULT DO BRASIL SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GLAUDER JOAO TASSO			14-Telefone 25/06/1970 () -	15-Nome do titular do plano GLAUDER JOAO TASSO	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante INTEGRALY ODONTOLOGIA & SAUDE INTEGRADA		18-Número no CRO 19924	19-UF RS	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 81411243587		22-Nome do Contratado Executante FLAVIA VILLELA LAURINDO		23-Número no CRO 19924	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FLAVIA VILLELA LAURINDO		27-Número no CRO 19924		28-UF RS	28-Código CBO S		

30-Tabeta	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 Glor	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			13/01/21		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			13/01/21		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			13/01/21		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			13/01/21		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/01/21	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 14,00	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 13/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/01/21 x	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	--

Dra. Flávia Villela
Doutora em Endodontia
CRO-RS 19924