



421120
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 403414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/20	4-Data de Autorização 03/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8062234	7-Data Validade da Guia 15/12/21
8-Plano POS REDE PRESTADORA					
9-Data Validade da Carteira 11/11/11		10-Empresa MADERO COMERCIO DE		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOAO GABRIEL VILCHES NOGUEIRA					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano JOAO GABRIEL VILCHES NOGUEIRA					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante ANDREA NASCIMENTO PINTOR					
18-Número no CRO 31269		19-UF RJ		20-Código CBO 8 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04545689780		22-Nome do Contratado Executante ANDREA NASCIMENTO PINTOR		23-Número no CRO 31269	
24-UF RJ		25-Código CBO 8 025 - Faturar Empresa		26-Nome do Profissional Executante ANDREA NASCIMENTO PINTOR	
27-Número no CRO 31269		28-UF RJ		29-Código CBO 8 025 - Faturar Empresa	

30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00			03/12/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00			03/12/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH	1	1	35,00	0,00			03/12/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00			03/12/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcela	46-Total Quantidade US 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ler e compreender devidamente 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), 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 03/12/2020 ANDREA NASCIMENTO PINTOR	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/12/2020 JOAO GABRIEL VILCHES NOGUEIRA	52-Data, local e Assinatura da Operadora / Responsável 03/12/2020 MADERO COMERCIO DE	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/12/2020 MADERO COMERCIO DE
---	--	--	---