



2-Nº

351746
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 040614	3-Data de Emissão da Guia 10 5 0 8 1 2 0	4-Data de Autorização 10 7 1 0 8 1 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7763730	7-Data Validade da Senha 0 3 1 1 1 1 2 0
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

[illegible][illegible]

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante JACIEL DE SOUZA	18-Número no CRO 29423	19-UF SP	20-Código CBO S	025 -
---------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	-------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13391590919649	22-Nome do Contratado Executante JACIEL DE SOUZA	23-Número no CRO 29423	24-UF SP	25-Código CNES (0.85100200)
---	---	---------------------------	-------------	--------------------------------

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JACIEL DE SOUZA	29423	SP	(I) 85100200

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 emissão
010101018	5101012	RESTAURACÃO DENTIN	14	V	1	0	0	0		

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

44-Tipo de Atendimento	☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otorrinolaringologia 4-Urgência/Emergência		
43-Data Previsão Término do Tratamento	/ /		
45-Tipo de Faturamento	☐ Total ☐ Parcial		
46-Total Quantidade US	2 9 0 0		
47-Valor Total R\$	0 0		

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 que prescrever o tratamento. 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, o valor devido pelo tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação

30-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	15/108/120
51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	____/____/____
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	03/09/20
53-Dia, local e Carimbo da Empresa	____/____/____

[illegible]