



499274
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/03/21	4-Data de Autorização 29/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8387145	7-Data Validade da Senha 13/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202525306800002604	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SARAH DANTAS MARTINS		14-Telefone (11) 5831-1641	15-Nome do titular do plano ELANDIA DANTAS RAMALHO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TATIANA ALVES DE MACEDO GOMES	18-Número no CRO 107362	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 33295627819	22-Nome do Contratado Executante TATIANA ALVES DE MACEDO GOMES	23-Número no CRO 107362	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante TATIANA ALVES DE MACEDO GOMES		27-Número no CRO 107362	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabella	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	29/03/21		x Elandia
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	29/03/21		x Elandia
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	29/03/21		x Elandia
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	29/03/21		x Elandia
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	29/03/21		x Elandia
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 174,00	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) em 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 29/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/03/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

CRO-SP-107362
Tatiana Alves de Macedo
Cirurgião-Dentista