



331134
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 29/06/20	4-Data de Autorização 29/06/20	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50173035	7-Data Validade da Serção 27/09/20						
8-Endereço do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00370000032259592	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708002886245720							
13-Nome DEYVINSON BRUM LOYOLA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DEYVINSON BRUM LOYOLA								
16-Data de Nascimento do Beneficiário 13/01/1988											
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAROLINA NOGUEIRA MELHEM		18-Número no CRD 34075	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa						
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 109708122707	22-Nome do Contratado Executante CAROLINA NOGUEIRA MELHEM		23-Número no CRD 34075	24-UF RJ	25-Código CNEB						
26-Nome do Profissional Executante CAROLINA NOGUEIRA MELHEM			27-Número no CRD 34075	28-UF RJ	29-Código CBO S						
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória 42-Assinatura
1	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/07/2020	Deyson
2	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S		
3	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S		
4	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S		
5	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S		
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Prevista Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcelar		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(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 que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.											
49-Observação											
Dr. Carolina Nogueira Melhem Dr. Carolina Nogueira Melhem											
50-Data, local e Assinatura do Contratado - Dentista Solicitante 24/07/20		51-Data, local e Assinatura do Contratado - Dentista Beneficiário 24/07/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário - Responsável 24/07/20		53-Data, local e Cartão da Empresa / /					