



355034
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2018	4-Data de Autorização 14/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7779273	7-Data Validade da Senha 09/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202521336500049201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DOCTORALIA BRASIL SERVICOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome RENAN RAMALHO SARDINHA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RENAN RAMALHO SARDINHA
-----------------------------------	----------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO S 01	225 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	-----------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 61128201100	22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	23-Número no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CNES
--	--	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	27-Número no CRO 4992	28-UF DF	29-Código CBO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

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 Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	14/10/2018		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	14/10/2018		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	14/10/2018		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	14/10/2018		
5	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	14/10/2018		
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 178,00	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

50-Data, local e Assinatura do Grupo/Operadora 14/10/2018	51-Data, local e Assinatura do Contratado/Operadora 14/10/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 14/10/2018	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/10/2018
--	---	---	---