



331704
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 0 6 / 2 0	4-Data de Autorização 3 0 / 0 6 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50173409	7-Data Validade da Senha 2 8 / 0 9 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 2 8 1 0 4 2 9	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ERICA FERREIRA OLIVIERI	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ERICA FERREIRA OLIVIERI		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ERICA FERREIRA OLIVIERI	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARCELO BARBOSA GARCIA	18-Número no CRO 32479	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 2 5 5 3 9 7 4 7 0 1	22-Nome do Contratado Executante MARCELO BARBOSA GARCIA	23-Número no CRO 32479	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MARCELO BARBOSA GARCIA		27-Número no CRO 32479	28-UF RJ	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 4 , 0 0	0 , 0 0		S	0 7 / 0 8 / 2 0		2 GW
2-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	0 7 / 0 8 / 2 0		2 GW
3-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	0 7 / 0 8 / 2 0		2 GW
4-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	0 7 / 0 8 / 2 0		2 GW
5-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	0 7 / 0 8 / 2 0		2 GW
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 1 7 8 , 0 0	47-Valor Total R\$ 0 , 0 0	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) 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 Solicitante 0 7 / 0 8 / 2 0 2 5 Marcelo Barbosa Garcia Cirurgião Dentista CRO-RJ 32479				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 0 7 / 0 8 / 2 0 2 5 Marcelo Barbosa Garcia Cirurgião Dentista CRO-RJ 32479				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / 2 5 Erica				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--