



2025287
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/09/12/4	4-Data de Autorização 11/8/09/12/4	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12954964	7-Data Validade da Senha 11/1/12/12/4
--------------------------	--	---------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020250540856000521011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MOUNT HERMON	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MURILO ALVES DE OLIVEIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MURILO ALVES DE OLIVEIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA SILVA COSTA PITTA	18-Número no CRO 21755	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 39240364000184	22-Nome do Contratado Executante SORRIA SEMPRE ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 21755	24-UF BA	25-Código CNES 99999999
26-Nome do Profissional Executante AMANDA SILVA COSTA PITTA	27-Número no CRO 21755	28-UF BA	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085400556	RESTAURAÇÃO METÁLICA	45		1	472,00	0,00		S	11/8/09/12/4		
2-												
3-												
4-												
5-												
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 472,00	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) 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

Favor anexar RX para análise final.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/8/09/12/4 Dra. Amanda Pitta Cirurgião-Dentista CRO-BA 21755	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/8/09/12/4 Dra. Amanda Pitta Cirurgião-Dentista CRO-BA 21755	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/8/09/12/4 Murilo Alves de Oliveira Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/8/09/12/4 Sorria Sempre Odontologia 39.240.364/0001-84 Lauro de Freitas - BA
---	---	--	--