



2-Np

378444
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2019	4-Data de Autorização 29/09/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7885426	7-Data Validade de 17/12/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	----------------------------------

8-Numero da Carteira: 0 0 2 1 0 2 5 3 1 3 2 8 5 0 0 0 0 0 1 1 0 5
 9-Plano: POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa: MAYCON DE AVILA RODRIGUES
 11-Data Validade da Carteira: ____/____/____

13- Nome	SIRLENE MARIA SELL DRANKA	10/06/1960
14- Telefone	() 9 6 2 1 - 8 4 0 2	
15- Nome do titular do contrato	MAYCON DE AVILA RODRIGUES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA LOUSY DE LIZ BORGES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10 8 8 1 2 1 5 3 9 2 5	22-Nome do Contratado Executante BRUNA LOUSY DE LIZ BORGES
26-Nome do Profissional Executante BRUNA LOUSY DE LIZ BORGES	
18-Número no CRO 15491	19-UF SC
23-Número no CRO 15491	24-UF SC
27-Número no CRO 15491	28-UF SC
	29-Código CBO S
	20-Código CBO S
	25-Código CNES

025 -

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	
41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
40-Data de Realização	39-Aut

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	504,11/120
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	505,11/122
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	505,11/122
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	505,11/122
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	505,11/122
6-00								
7-00								
8-00								
9-00								
10-00								
11-00								
12-00								
13-00								
14-00								
15-00								

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

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 no 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

Dr. Henrique de O. Raposo

Especialista em Implantodontia
e Cirurgia Buco - Maxilo - Facial

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	10/11/11 11/2101
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	11/11/11 11/2101
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	04/11/11 11/2101 <i>Isadora</i>
53-Data, local e Caimbo da Empresa	11/11/11 <i>Empreiteira</i>