



2-Nº

377230
INTERCÂMBIO

377230 INTERCÂMBIO					
1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/10/191201		5-Senha AUTORIZADO	
4-Data de Autorização 11/10/191201		6-Número da Guia Principal 7879812		7-Data Validade da Senha 11/10/191201	
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 01020125222063000137011					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa FARMA REDE TRANSPORTES LTDA					
11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11					
12-Número do Contrato Nacional de Saúde					
13-Nome ROBSON ROGUINEY MACHADO					
14-Teléfono (11) 11111111					
15-Name do titular do plano ROBSON ROGUINEY MACHADO					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N					
17-Name do Profissional Solicitante BRUNA MARIA BADAN RODRIGUES					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0144975125937111					
22-Name do Contratado Executante BRUNA MARIA BADAN RODRIGUES					
23-Número no CRO 25066					
24-UF PR					
25-Código CNES					
26-Name do Profissional Executante BRUNA MARIA BADAN RODRIGUES					
27-Número no CRO 25066					
28-UF PR					
29-Código CBO S					
30-Faturar Empresa					
31-Código do Procedimento					
32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA					
33-Dente/Região 37 O 1					
34-Face					
35-Qtd					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização 17/09/2019					
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11					
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					
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 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					

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 Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data local e Carimbo da Empresa

Dra. Bruna Badan Rodrigues
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 25066