


878333
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2022	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha PENDENTE DE ATO	6-Número da Guia Principal 9590031	7-Data Validade da Senha 17/10/2022
8-Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa VIVENSIS PR CENTURY INDUSTRIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome HELDER DE OLIVEIRA GARCIA		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano HELDER DE OLIVEIRA GARCIA
16-Data de Nascimento 15/06/1968		17-Número no CRO 4241		18-UF PA	19-Código CBO S 025 -
20-Nome do Profissional Solicitante SANDRA NAZARE BARATA ONISHI		21-Número no CRO 4241		22-UF PA	23-Código CNES
24-Código na Operadora / CNPJ / CPF 70444749268		25-Nome do Contratado Executante SANDRA NAZARE BARATA ONISHI		26-Número no CRO 4241	
27-Nome do Profissional Executante SANDRA NAZARE BARATA ONISHI		28-UF PA		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 Ciosse	42-Resposta
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S			
2-	0085100153	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	17	OMD	1	122,00	54,90		P			
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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 156,00	47-Valor Total R\$ 54,90	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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---------------	---	---	---	---