



526608
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/04/21	4-Data de Autorização 20/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8495465	7-Data Validade da Senha 18/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202506065700573401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome CARLOS ALBERTO ABREU	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CARLOS ALBERTO ABREU
---------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ETHEL CHRISTINA SFEIR	18-Número no CRO 86205	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22265337889	22-Nome do Contratado Executante ETHEL CHRISTINA SFEIR	23-Número no CRO 86205	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ETHEL CHRISTINA SFEIR		27-Número no CRO 86205	28-UF SP	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/04/21		Carlos
2-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	16		1	73,00	0,00		S	08/05/21		Carlos
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OD	1	88,00	0,00		S	10/05/21		Carlos
4-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00		S	08/05/21		Carlos
5-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MO	1	88,00	0,00		S	03/05/21		Carlos
6-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	01/05/21		Carlos
7-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	23/04/21		Carlos
8-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	24/04/21		Carlos
9-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	24/04/21		Carlos
10-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	24/04/21		Carlos
11-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	24/04/21		Carlos
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 633,00	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/04/21 Ethel C. Sfeir	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/04/21 Carlos Alberto Abreu	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--