

418416
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 3 1 1 1 1 2 0	4-Data de Autorização 1 6 1 1 1 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8051080	7-Data Validade da Senha 1 1 1 0 2 1 2 1
--------------------------	--	--	------------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira	10-Plano	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
----------------------	----------	------------------------------	---------------------------------------

15-Nome do titular do plano
VALDINEIA SILVA DE BRITO

15-Nome do titular do plano

VALDINEIA SILVA DE BRITO

VAI DINEIA CUI VA DE BE

16 Atordimentos BN

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante
N	THAYARA DAYAN SOUZA IMA

N
TO-Atendimento a NV
17-04-2016 17:00:00
THAYARA DAYAN SOUZA IMA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome
10161613121315191512131111	THH

22-Nome do Contratado Executante
THAYARA DAYAN SOUZA LIMA

22-Nome do Contratado Executante
THAYARA DAYAN SOUZA LIMA

26- Nome do Profissional Executante

26-Nome do Profissional Executante
THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA

THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

THE

30-Tabella	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 Closs 42-Assinatura
1-000	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	16/11/20	Valdimir
2-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	16/11/20	Valdimir
3-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	16/11/20	Valdimir
4-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	16/11/20	Valdimir
5-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	16/11/20	Valdimir
6-											Valdimir
7-											Valdimir
8-											Valdimir
9-											Valdimir
10-											Valdimir
11-											Valdimir
12-											Valdimir
13-											Valdimir
14-											Valdimir
15-											Valdimir

43-Data Previsto Término do Tratamento
16/11/20

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
178,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

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.

10.06000050

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
11/6/11 11/20	11/6/11 11/20	11/6/11 11/20	11/6/11 11/20
Thayana Dayan Senzo	Thayana Dayan Senzo	Valdineia Silva de Brito	Dra. Thivara Dayan Cirurgiã - Dentista CRO-BA 17752