



362516
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia (2/4/10/8/12/0)	4-Data de Autorização (0/2/10/9/12/0)	6-Senha AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 7814270	7-Data Validade da Senha (2/2/11/1/12/0)
Dados do Beneficiário					
9-Número da Carteira (0/0/2/0/2/5/2/5/3/0/7/1/0/0/0/4/3/9/0/2)	10-Plano POS REDE PRESTADORA	13-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Carteira ()/()/()	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
15-Nome ANA JULIA ANTUNES DA SILVA		14-Telefone () () () () () ()	16-Data Validade do Plano 15/02/2006		
15-Nome do titular do plano TEREZA CRISTINA DE OLIVEIRA ANTUNES					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
18-Atendimento a RM N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDREA NASCIMENTO PINTOR	19-Número no CRO 31269	20-UF RJ	21-Código CBO S 025 -	22-Faturar Empresa
23-Código na Operadora (CNPJ) / CPF (0/4/5/4/5/6/8/8/7/8/0/)	24-Nome do Contratado Executante ANDREA NASCIMENTO PINTOR	25-Número no CRO 31269	26-UF RJ	27-Código CNES	
28-Nome do Profissional Executante ANDREA NASCIMENTO PINTOR		29-Número no CRO 31269	30-UF RJ	31-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

33-Tabeta	34-Código do Procedimento	35-Descrição	36-Dente/Região	37-Face	38-Qnt	39-Quantidade US	40-Valor	41-Franquia/Co-participação R\$	42-Ata	43-Data de Realização	44-Motivo da Omissão	45-Assinatura
1-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8/		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAI		1	3,500	0,00	0,00	S	02/08/20		
2-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8/		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3,500	0,00	0,00	S	02/08/20		
3-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8/		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3,500	0,00	0,00	S	02/08/20		
4-0/0/8/4/0/0/0/1/9/8/		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAE		1	3,500	0,00	0,00	S	02/08/20		
5- / / / / / / / / / /												
6- / / / / / / / / / /												
7- / / / / / / / / / /												
8- / / / / / / / / / /												
9- / / / / / / / / / /												
10- / / / / / / / / / /												
11- / / / / / / / / / /												
12- / / / / / / / / / /												
13- / / / / / / / / / /												
14- / / / / / / / / / /												
15- / / / / / / / / / /												

46-Data Prevista Término do Tratamento ()/()/()	47-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	48-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	49-Total Quantidade US (1/4/0/0/0/0)	50-Valor Total R\$ ()/()/()	51-Total Franquia / Co-participação R\$ ()/()/()
---	--	---	---	-----------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

43-Observação

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/08/20	53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/08/20	54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/08/20	55-Data, local e Carimbo do Estabelecimento 02/08/20
---	---	---	---

02/08/20
FABRIL

02/08/20
FABRIL

02/08/20
FABRIL