



633444
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/07/21	4-Data de Autorização 24/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 8856381	7-Data Validade da Senha 22/10/21
Dados do Beneficiário					
8-Numero da Carteira 00202521493800002502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TOTAL LINE COMERCIO E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VANDERSON DA SILVA OLIVEIRA		14-Telefone 04/08/1991	15-Nome do titular do plano ROSELI DIEZ OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Numero no CRO 37382	19-UF RJ	20-Código CBO S 11	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CFF 11654555797	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS	23-Numero no CRO 37382	24-UF RJ	25-Código CNEB	
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GOMES DE CAMPOS		27-Numero no CRO 37382	28-UF RJ	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 Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/07/21		x
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	24/07/21		x
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	24/07/21		x
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	24/07/21		x
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	24/07/21		x
6												
7												
8												
9												
10												
11												
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 178,00	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 24/07/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/07/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/07/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/07/21
---	---	---	---

Ana Carolina Gomes de Campos
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ-37382