



1813913
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/03/24	4-Data de Autorização 20/03/24	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12262032	7-Data validade da Serão 11/06/24
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025110128500011201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO ATHOS	11-Data validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DIEGO ALVES VIEIRA DE SOUZA		14-Telefone 11/05/1997	15-Data de Início do plano DIEGO ALVES VIEIRA DE SOUZA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alcance da RN N	17-Nome do Profissional Solicitante AMANDA APARECIDA ALVES DE SOUZA	18-Número no CRO 12785	19-UF DF	20-Código CBO B	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 50935657000119	22-Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLOGICA ODONTO DENTE LTDA	23-Número no CRO 12785	24-UF DF	25-Código CNEB 8630504	
26-Nome do Profissional Executante AMANDA APARECIDA ALVES DE SOUZA		27-Número no CRO 12785	28-UF DF	29-Código CBO B	

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 Oclusão	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	20/03/24		X Diego
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00	0,00		S	20/03/24		X Diego
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 20/03/24	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(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 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 20/03/24 Dra. Amanda Alves CRO 12785	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 20/03/24 Dra. Amanda Alves CRO 12785	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/03/24 Diego Alves	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/03/24 Clínica Odontológica Odonto Dente Ltda CNPJ: 50.935.857/0001-19