



357349
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/08/20	4-Data de Autorização 17/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50184285	7-Data Validade da Senha 12/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DOR DE G		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703606016929739	
9-Número da Carteira 00379994063753917									
13-Nome ANDRIANA SILVA DA CONCEICAO BR				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano WAGNER VELOZO BRAGA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 43192		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA ANDRADE DE SOUZA					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15375816784		22-Nome do Contratado Executante MAYARA ANDRADE DE SOUZA		23-Número no CRO 43192		24-UF RJ	
26-Nome do Profissional Executante MAYARA ANDRADE DE SOUZA		27-Número no CRO 43192		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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	I	1	61,00	0,00			10/08/20		
2												
3												
4												
5												
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 61,00	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 18/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/08/20
---	---	---	---

Dr. Mayara Andrade de Souza
Cirurgiã Dentista
CRO - RJ 43192