



433079
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/12/20	4-Data de Autorização 04/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50210491	7-Data Validade da Senha 02/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000024340440	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa APEFRIO PLPART	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700307950273439
13-Nome TAIS GOMES VIEIRA DE SOUZA 31/08/1977		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RAFAEL DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA GOLD SAUDE	18-Número no CRO 35384	19-UF RJ	20-Código CBO S 06
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01298472598	22-Nome do Contratado Executante AMABILI BOSI DE AGUILAR DA MATA	23-Número no CRO 35384	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante AMABILI BOSI DE AGUILAR DA MATA		27-Número no CRO 35384	28-UF RJ	29-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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	17	O	1	61,00	0,00		S	02/12/20		<i>Laís</i>
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	02/12/20		<i>Laís</i>
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00		S	02/12/20		<i>Laís</i>
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/12/20	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 183,00	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 os procedimentos(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

GOLD SAÚDE MACAÉ LTDA.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/12/2024 Loja 04 Macaé - RJ - CEP: 27.016-011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/12/2024 Amabili Bosi de A. da Mata Cirurgião Dentista CRO-RJ 35384	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/12/2024 Rafael de Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/12/2024
---	--	---	---