



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/2019	4-Data de Autorização 10/07/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50182512	7-Data Validade da Senha 10/05/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

353395
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000370000030314901	9-Plano POS REDE PRESTADORA
--	--------------------------------

13-Nome

GABRIELLY FERREIRA MORAES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA
--------------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 005962188719	22-Nome do Contratado, Executante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA
---	---

26-Nome do Profissional Executante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 24440	28-UF RJ	29-Código CBO S 24440
--	---------------------------	-------------	--------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente Região	34- Face	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-00	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	35	10,00	0,00	0,00	S	07/08/2019		
2-00	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	35	10,00	0,00	0,00	S	07/08/2019		
3-00	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	35	10,00	0,00	0,00	S	07/08/2019		
4-00	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35	10,00	0,00	0,00	S	07/08/2019		
5-00	08100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34	10,00	0,00	0,00	S	07/08/2019		
6-00	08400090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	72	10,00	0,00	0,00	S	07/08/2019		
7-00	08100014	CONDICIONAMENTO EM		1	70	10,00	0,00	0,00	S	07/08/2019		
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista 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 316,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 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.

48-Observação

Odonto Pediatría

50-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/10/2019 Dr. Jm	51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/08/2019 Dr. Jm	52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/08/2019 Gabriela	53-Data Local e Carimbo da Empresa 07/10/2019
---	---	---	--