



2189668
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/9/10 11/2/5 4-Data de Autorização 12/9/10 11/2/5 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 13467281 7-Data Validade da Sentença 12/9/10 11/2/5

8-Plano POS REDE PRESTADORA 9-Data Validade da Carteira 10-Data Validade da Carteira 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GABRIEL TONETI GUIMARAES CARDIANO 14-Telefone 15-Nome do titular do plano GABRIEL TONETI GUIMARAES CARDIANO

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante INGRID DINIZ DE PAULA SOUZA 18-Número no CRO 45465 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12/9/10 11/2/5 22-Nome do Contratado Executante J. A. C. HERRERA CLINICA ODONTOLOGICA LTDA 23-Número no CRO 21307 24-UF RJ 25-Código CNES 4231937 26-Nome do Profissional Executante INGRID DINIZ DE PAULA SOUZA 27-Número no CRO 45465 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-Tabule	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-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	134,00	0,00			29/01/25	X	8
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	14,00	0,00			29/01/25	X	8
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Tratamento	46-Tipo de Atendimento	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1-Tipo de Tratamento	1-1-Tipo de Atendimento	174,00	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 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 29/01/25 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/01/25 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/01/25 53-Data, local e Assinatura da Empresa 29/01/25

Dr. Gabriel Toneti Guimarães Cardiano
Dr. J. A. C. Herrera
Dr. Ingrid Diniz de Paula Souza
Dr. Ingrid Diniz de Paula Souza