



transmisiunea para voce este

426479
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sentença
2/2/02/2/21

6-Número da Guia Principal
50208210

5-Sentença
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
2/4/11/1/2/0

3-Data de Emissão da Guia
2/4/11/1/2/0

2-Registro ANS
406414

1-Registro ANS
406414

10-Empresa
INFOSEG INFORMATICA E

11-Data Validade da Carteira
1/1/1/1/1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
NEIDIVAN MARINHO DA SILVA

14-Telefone
() / /

15-Nome do titular do plano
PEDRO GOMES DA SILVA

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
JULIANA COSTA DA SILVA

18-Número no CRO
41376

19-UF
RJ

20-Código CBO S
801 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / DNPJ / CPF
14533385788

22-Nome do Contratado Exequente
JULIANA COSTA DA SILVA

23-Número no CRO
41376

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
JULIANA COSTA DA SILVA

27-Número no CRO
41376

28-UF
RJ

29-Código CBO S

30-Tabela
31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Faixa

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento
1/1/1/1/1

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
117400

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
29/11/20 fulano P. do Silva

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
29/11/20 fulano C. do Silva

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
29/11/20 fulano C. do Silva

53-Data, local e Cerimbo de Empresa
30/11/20

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
Dra. Juliana Costa
Cirurgia Dentista
CBO: 41376

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.