



2246336
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 7 / 0 3 / 2 5	4-Data de Autorização 1 9 / 0 3 / 2 5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13653088	7-Data Validade da Senha 1 5 / 0 6 / 2 5
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 2 0 6 9 6 7 0 0 0 0 4 7 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUICAO ADVENTISTA DE	11-Data Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VALDIR ALBUQUERQUE DE ALMEIDA	14-Telefone (8 1) 9 6 6 6 - 8 3 8 5	15-Nome do titular do plano VALDIR ALBUQUERQUE DE ALMEIDA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE PARNAIBA MACIEL	18-Número no CRO 20027	19-UF PE	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 1 2 7 8 9 4 4 4 7 8	22-Nome do Contratado Executante ALINE PARNAIBA MACIEL	23-Número no CRO 20027	24-UF PE	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ALINE PARNAIBA MACIEL	27-Número no CRO 20027	28-UF PE	29-Código CBO S	

025 -
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-	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 , 0 0	0 , 0 0		S			
2-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	1 4 0 , 0 0	0 , 0 0		S			
3-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	6 1 , 0 0	0 , 0 0		S			
4-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	23	P	1	6 1 , 0 0	0 , 0 0		S			
5-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	6 1 , 0 0	0 , 0 0		S			
6-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	21	P	1	6 1 , 0 0	0 , 0 0		S			
7-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	6 1 , 0 0	0 , 0 0		S			
8-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	6 1 , 0 0	0 , 0 0		S			
9-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	14	P	1	6 1 , 0 0	0 , 0 0		S			
10-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	M	1	6 1 , 0 0	0 , 0 0		S			
11-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	6 1 , 0 0	0 , 0 0		S			
12-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	6 1 , 0 0	0 , 0 0		S			
13-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	6 1 , 0 0	0 , 0 0		S			
14-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	38	V	1	6 1 , 0 0	0 , 0 0		S			
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 9 0 6 , 0 0	47-Valor Total R\$ 0 , 0 0	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 _ _ / _ _ / _ _	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista _ _ / _ _ / _ _	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável _ _ / _ _ / _ _	53-Data, local e Carimbo da Empresa _ _ / _ _ / _ _
--	--	--	--