



397203
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/20	4-Data de Autorização 19/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7964029	7-Data Validade da Senha 13/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531978400000703	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PASETO TRANSPORTES EIRELI	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ORACELIA DE FATIMA DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ETISON DA CRUZ	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA	18-Número no CRO 14893	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08104793977	22-Nome do Contratado Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA	23-Número no CRO 14893	24-UF SC	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA		27-Número no CRO 14893	28-UF SC	29-Código CBO S (I) 85100200

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	13	M	1	61,00	0,00		S	16/11/20		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	D	1	61,00	0,00		S	/ /		
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OD	1	88,00	0,00		S	09/11/20		
4-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	44	OD	1	88,00	0,00		S	29/10/20		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	26/10/20		
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	26/10/20		
7-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	26/10/20		
8-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	26/10/20		
9-										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
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 438,00	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 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 16/11/20 Gille Lini	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/20 Gille Lini	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/20 Oracelia O. Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--