



357359
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/08/20	4-Data de Autorização 17/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50184290	7-Data Validade da Senha 12/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00379994063753909	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004875446316	
13-Nome VITOR SILVA BRAGA		14-Telefone 29/09/2006	15-Nome do titular do plano WAGNER VELOZO BRAGA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA ANDRADE DE SOUZA	18-Número no CRO 43192	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15375816784	22-Nome do Contratado Executante MAYARA ANDRADE DE SOUZA	23-Número no CRO 43192	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MAYARA ANDRADE DE SOUZA		27-Número no CRO 43192	28-UF RJ	29-Código CBO S	
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	36	O	1	61,00	0,00		S	18/08/20		ASB
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	25/08/20		ASB
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	25/08/20		ASB
4												
5												
6												
7												
8												
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 183,00	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 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 18/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/08/20
---	---	---	---

Dr. Mayara Andrade de Souza
Cirurgiã Dentista
CRO - RJ 43192