



327447
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/01/2016 4-Data de Autorização 12/01/2016 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50171618 7-Data Validade da Guia 18/01/2019

8-Número da Carteira 00379994064558670 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa EMPRESA BRASILEIRA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702409503926529

13-Nome MARCELO FERREIRA PINTO 14-Telefone 30/12/1975 15-Nome do titular do plano PATRICIA RODRIGUES ALVES PINTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS 18-Número no CRO 26384 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 071069776784 22-Nome do Contratado Executante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS 23-Número no CRO 26384 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS 27-Número no CRO 26384 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
1-00	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	20/06/20		
2-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S	20/06/20		
3-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S	20/06/20		
4-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S	20/06/20		
5-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S	20/06/20		
6-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S	20/06/20		
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/06/20 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 174,00 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) 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: 20/06/20 HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS CNPJ: 140927419/0004-25 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado: 20/06/20 PATRICIA RODRIGUES ALVES PINTO CNPJ: 052131006/2004-06 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 20/06/20 PATRICIA RODRIGUES ALVES PINTO CNPJ: 052131006/2004-06 53-Data, local e Carimbo da Empresa

ODONTOLIFE
HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS
PATRICIA RODRIGUES ALVES PINTO
PATRICIA RODRIGUES ALVES PINTO