



298357
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/03/20	4-Data de Autorização 11/03/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7465864	7-Data Validade da Senha 07/06/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO INFORMATICA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202504908500777201					

13-Nome ANDREA PAULA DA SILVA	14-Telefone () 3046-8647	15-Nome do titular do plano ANDREA PAULA DA SILVA
----------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 2417	19-UF CE	20-Código CBO S 02	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CONSULTORIO ODONTOLOGICO ANA CLARISSA PASSOS CHAVES				

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 24172774334	22-Nome do Contratado Executante ANA CLARISSA PASSOS CHAVES	23-Número no CRO 2417	24-UF CE	25-Código CNES
--	--	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ANA CLARISSA PASSOS CHAVES	27-Número no CRO 2417	28-UF CE	29-Código CBO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	09/03/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	09/03/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	09/03/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	09/03/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	09/03/20		
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 178,00	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), foram realizados em 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 com o profissional em contrato.

49-Observação Alterada a Guia de temporária para definitiva Cirurgia Buco - Maxilo - Facial CRO CE 2417 CPF 241727743-34 (85) 3109-5902 / 9.9927-4949	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/03/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/03/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/03/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	---	-------------------------------------