



408674
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13 0 1 1 0 1 2 0 1	4-Data de Autorização 1 0 1 1 1 2 0 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8011870	7-Data Validade da Senha 12 8 1 0 1 1 2 1 1	408674 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número de Carteira 1 0 1 2 0 2 5 2 2 5 9 7 6 0 0 0 6 5 0 2 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA		11-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1	12-Número do Certificado Nacional de Saúde
13-Nome PATRICIA BOMFIM SILVA PINTO		07/10/1986		15-Nome do titular do plano RUBEM DE SOUZA PINTO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante
N	ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS
21-Código na Operação / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante
10 6 1 2 1 2 6 1 9 5 0 6	ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS
26-Nome do Profissional Executante	27-Número na CRO
ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS	19222
18-Número na CRO	19-JF
19222	BA
23-Número na CRO	24-JF
19222	BA
25-Código CNES	26-Código CBO S
27-Número na CRO	28-JF
19222	BA
29-Código CBO S	

[illegible]

43-Data Previsão término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
20/11/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontovisita 4-Urgência Emergência	1-Total 2-Parcial	34,00		

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), tolliram 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
	10/11/2019 Dra Aline Monteiro Cirurgião-Dentista	10/11/2019 Dra Aline Monteiro Cirurgião-Dentista	10/11/2019 B.S. Costa