

335620
INTERCÁMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 01/07/2017		4-Data de Autorização 01/07/2017		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50174997		7-Data Validade da Senha 05/11/2017		2-Nº 2	
Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 01037000000310180785		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa 01 ADMINISTRACAO		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709205209013835			
13-Nome GIZELDA GOMES SANTANA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano GIZELDA GOMES SANTANA		16-Mendicamento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA		18-Número no CRO 37184		19-UF RJ	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 6161726247753		22-Nome do Contratado Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA		23-Número no CRO 37184		24-UF RJ		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA		27-Número no CRO 37184	
30-Tabella		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Old		36-Quantidade US	
1-001851100200		RESTAURAÇÃO RESINA		46		OM		1		8		8	
2-001840100198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HASD		1		1		3		5	
3-001840100198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HASE		1		1		3		5	
4-001840100198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HAIE		1		1		3		5	
5-001840100198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HAID		1		1		3		5	
6-111111111111										3		5	
7-111111111111													
8-111111111111													
9-111111111111													
10-111111111111													
11-111111111111													
12-111111111111													
13-111111111111													
14-111111111111													
15-111111111111													
43-Data Recebimento do Tratamento 01/04/20		44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico		45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 22810		47-Valor Total R\$ 1010		48-Total Faturado 1010		49-Observação 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 a pagar em minha conta, ao profissional contratado que assina este documento.	

50 Date: 10/10/2019

Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: - 37164

07/09
