



384016
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/06/19 4-Data de Autorização 12/09/19 5-Serviço AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7909546 7-Data Validação da Guia 12/05/19 8-Data Validação da Guia 12/02/19

8-Número da Carteira 0101201252191056210101060011 9-Data de Autorização 12/09/19 10-Empresa BOREO INDUSTRIA DE 11-Data Validade da Carteira 12/01/19 12-Número da Carteira Nacional de Saúde 702304129788670

11-Nome WALLACE DOS SANTOS COSTA 14-Tipo de Serviço 9995351549 15-Nome do titular do plano WALLACE DOS SANTOS COSTA

16-Endereço a/RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ORAL D - MATRIZ 18-Número no CRO 4114 19-UF AM 20-Código CBO S 04 21-Número no CRO 4114 22-UF AM 23-Código CBO S 414 - Faturar Empresa

24-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15194411038253 25-Nome do Contratado Executante KELLY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR 26-UF AM 27-Código CBO S 4114

28-Nome do Profissional Executante KELLY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR 29-Código CBO S 4114

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Dist	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fração/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-0	0	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	161,1010	10,1010	11,2911	09/12/2019	11	MURARE
2-1	1											
3-1	1											
4-1	1											
5-1	1											
6-1	1											
7-1	1											
8-1	1											
9-1	1											
10-1	1											
11-1	1											
12-1	1											
13-1	1											
14-1	1											
15-1	1											

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 47-Valor Total R\$ 10,1010 48-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 49-Valor Total R\$ 10,1010

Declaro, que após ter sido devidamente avisado sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima e 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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/06/19 Dr. Wallace dos Santos Costa 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/09/19 Dr. Kelly M. Aguiar 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/09/19 Wallace dos Santos Costa 53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/09/19

Wallace dos Santos Costa