



369399
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414		2-Data de Emissão da Guia 10/03/2019		3-Data de Autorização 10/09/2019		4-Semana AUTORIZADO		5-Número da Guia Principal 7846092		6-Data Validade da Guia 10/12/2019	
8-Numero da Carteira 1002202510220300389401						9-Plano POS REDE PRESTADORA					
13-Nome ANDERSON COSTA CANDIDO						14-Teléfono () - - - - -					
15-Data Validade da Carteira / /						12-Numero do Cartão Nacional da Saúde					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Adesão a RV N		17-Nome do Profissional Solicitante BRUNO NOGUEIRA DE SA DE SALLES		18-Numero no CRO 35020		19-UF RJ		20-Código CBO S 025 -		21-Data Validade da Guia 14/02/1987	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 109436231709		22-Nome do Contratado Específico BRUNO NOGUEIRA DE SA DE SALLES		23-Numero no CRO 35020		24-UF RJ		25-Código CNES (1F) 85400220-36		26-Enviar - RX (1F) 85400149-36	
28-Nome do Profissional Específico BRUNO NOGUEIRA DE SA DE SALLES		27-Numero no CRO 35020		29-UF RJ		30-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Definição	34-Fee	35-CID	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Método de Carga
1-0	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1		34,00	0,00			09/10/20	X
2-0	085400220	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	1	1		299,00	0,00			09/10/20	X
3-0	085400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	1	1		154,00	0,00			09/10/20	X
4-0	085400014	COROA TOTAL METÁLICA	1	1		472,00	0,00			16/10/20	X
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											
42-Data Prevista Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franchise / Co-participação R\$	
/ /		1- Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Ortodontia 4 Urgência/Emergência		1- Total 2 Parcial		9,59		10,00			

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), foi(ram) 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-Observações

Dr. Bruno Salles
 Cirurgião Dentista
 CRC nº 25020