



295278
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/03/20	4-Data de Autorização 03/03/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50155635	7-Data Validade da Senha - 01/06/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00370000031260961	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PJ FACTORING FOMEN	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004047532144
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome FERNANDA DA SILVA PEIXOTO DE M	14-Telefone 04/06/1983	15-Nome do titular do plano ANDRE DIAS LOURENÇO DE MELLO
---	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TOMO X CLINICA DE RADIOLOGIA DE BONSUCESSO LTDA	18-Número no CRO 19769	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01250478782	22-Nome do Contratado Executante LILIAN FREIHA	23-Número no CRO 19769	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LILIAN FREIHA	27-Número no CRO 19769	28-UF RJ	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00			18/03/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
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 1	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 1	46-Total Quantidade US 222,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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/foram 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/03/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/03/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Fernanda S. Mello