



367614
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/10/2019	4-Data de Autorização 01/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50188356	7-Data Validade da Senha 31/11/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00379994060041800		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa APEFRIO PLPART	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706709557281410
13-Nome MARCOS JOSE SOUZA DA SILVA		14-Telefone () - /	15-Nome do titular do plano MARCOS JOSE SOUZA DA SILVA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA AUDI VON HAEHLING LIMA		18-Número no CRO 43596	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10397919727		22-Nome do Contratado Executante JULIANA AUDI VON HAEHLING LIMA		23-Número no CRO 43596	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JULIANA AUDI VON HAEHLING LIMA		27-Número no CRO 43596		28-UF RJ	29-Código CBO S	

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/09/2020		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/09/2020		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	01/09/2020		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	01/09/2020		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	01/09/2020		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/09/2020	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/09/2020 Dr.ª Juliana A. V. H. Lima CRO 43596	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/09/2020 Dr.ª Juliana A. V. H. Lima CRO 43596	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/09/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/09/2020 Clínica Odontológica Fm H. Lima
--	--	---	--