



395245
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/20	4-Data de Autorização 14/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198729	7-Data Validade da Senha 12/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00373393000338000	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa C.R.QUIMICA/P.PART	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700000227362602
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome ABGAR NOGUEIRA DE ARAUJO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ABGAR NOGUEIRA DE ARAUJO
-------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARCOS CARVALHO DA SILVA	18-Número no CRO 16315	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 81381425704	22-Nome do Contratado Executante MARCOS CARVALHO DA SILVA	23-Número no CRO 16315	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-

26-Nome do Profissional Executante MARCOS CARVALHO DA SILVA	27-Número no CRO 16315	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-Assinal
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00		S	14/10/20		
2-	00810000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	28,00	0,00		S	21/10/20		
3-	00820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	27		1	143,00	0,00		S	21/10/20		
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	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 218,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 pre 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, e 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 21/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Dr. Marcos Carvalho da Silva
Cirurgião - Dentista
CRO 16315-9