concluída no dia 04/06/2

311481
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	08/05/20	18/05/20	AUTORIZADO	7550451	06/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202526212300003205	POS REDE PRESTADORA	MUNICIPIO DE ITATIAIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GLAUCIA DA SILVA ALVARENGA 30/12/1985	( ) 3352-3514	JUCELINO DE ALVARENGA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALOISIO TULIO DE LARA MASSOTE	19107	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
77283015604	ALOISIO TULIO DE LARA MASSOTE	19107	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALOISIO TULIO DE LARA MASSOTE	19107	RJ	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200166-35
(I) 81000421-RPIE

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	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	0,00	0,00	S	08/05/20		
2	00	85200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	35		1	258	0,00	0,00	S	28/05/20		
3	00	81000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14	0,00	0,00	S	28/05/20		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia/Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Patológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	306	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 os procedimentos ou materiais acima especificados foram realizados, com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a cobrar diretamente em minha conta, o profissional contratado que assina esse documento, por outros [illegible] realizados [illegible]

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	52-Data, local e Assinatura do Contratado Executante	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário, Responsável	54-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	28/05/20 Dr. Aloisio Tulio de Lara Massote Cirurgião Dentista CRO -RJ 19107	28/05/20 glaucia alvarenga	/ /