



336689
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2019	4-Data de Autorização 09/10/2019	5-Senha ABERTO	6-Número da Guia Principal 336689	7-Data Validade da Senha 09/10/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000014579122	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MASTER FLEET COMER	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700406919203341
--	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome LUCIANE DE SOUZA DUTRA	14-Telefone (11) 918513130224	15-Nome do titular do plano LUCIANE DE SOUZA DUTRA
-----------------------------------	----------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTA BORGES PINHEIRO	18-Número no CRO 32943	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10208688722	22-Nome do Contratado Executante ROBERTA BORGES PINHEIRO	23-Número no CRO 32943	24-UF RJ	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ROBERTA BORGES PINHEIRO	27-Número no CRO 32943	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-	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00		N			
2-	0085400467	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO	24		1	8,00	0,00		N			
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/10/2019	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 42,00	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 previstos no 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 assinasse este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

082.294.877.07
29/10/19+5

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/10/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/10/2019
---	---	---	---

25.551.829/0001-06
DENTIMPLANTE ODONTOLOGIA
URGÊNCIA 24 HORAS

Rua Dias da Cruz, 720
Meier - CEP 20720-013
Rio de Janeiro - RJ