



420187
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/20	4-Data de Autorização 16/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50206512	7-Data Validade da Senha 14/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037000031840763	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DAYSE MAYANA ARAUJ	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705601432721712	
13-Nome DAYSE MAYANA ARAUJO MARTINS 10/10/1984			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DAYSE MAYANA ARAUJO MARTINS	
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
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

801 -
Faturar Empresa

30-Tabella	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	0091000100	DOCUMENTACAO			1	313,00	0,00			18/11/20		x 19
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	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 313,00	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 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 18/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Lilian Freiha

Dayse Mayana Araujo Martins