



371410
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/09/20	4-Data de Autorização 09/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50189845	7-Data Validade da Senha 07/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994065159796	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CLINICA DE OLHOS C	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700904965405796
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome IVANEIDE REINALDO DE ARAUJO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano IVANEIDE REINALDO DE ARAUJO
--	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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
--	---------------------------	-------------	-----------------

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 Glor	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/09/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	09/09/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	09/09/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	09/09/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	09/09/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término de Tratamento 09/09/20	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 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 09/09/20 Dr. Juliana A. V. H. Lima Cirurgiã Dentista CRC 43596	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/09/20 Juliana A. V. H. Lima Cirurgiã Dentista CRC 43596	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 09/09/20 Ivaneide Reinaldo de Araujo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/09/20 Clínica Odontológica Reinaldo Lima
--	--	--	---