



409670
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 02/11/20		4-Data de Autorização 04/11/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8015525		7-Data Validade da Senha 31/01/21					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 00202528061800000603				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa MULTILIT FIBROCIMENTO LTDA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome GABRIEL VIEIRA SANTOS															
14-Telefone () -															
15-Nome do titular do plano SERGIO SANTOS DE MELO															
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RITA ISABEL DE MORAIS PEDROZA				18-Número no CRO 4137		19-UF PE		20-Código CBO S					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 68913729415		22-Nome do Contratado Executante RITA ISABEL DE MORAIS PEDROZA				23-Número no CRO 4137		24-UF PE		25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante RITA ISABEL DE MORAIS PEDROZA		27-Número no CRO 4137				28-UF PE		29-Código CBO S		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200					
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	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	29/10/20		Gabriel			
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	88,00	0,00		S	05/11/20		Gabriel			
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	05/11/20		Gabriel			
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	05/11/20		Gabriel			
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	05/11/20		Gabriel			
6	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	05/11/20		Gabriel			
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 266,00		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 05/11/2020				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/2020				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			