



361197
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 21/10/2018 4-Data de Autorização 21/10/2018 5-Seria AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50185807 7-Data Validade da Seria 19/11/2018

8-Número da Carteira 10370000168201770 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa 01 ADMINISTRACAO 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706903134480838

13-Nome MARCO ANTONIO MOURA DE CARVALH 06/12/1972 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano CLAUDIA DE FATIMA DE CARVALHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante MARCOS CARVALHO DA SILVA 18-Número no CRO 16315 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 81381425704 22-Nome do Contratado Executante MARCOS CARVALHO DA SILVA 23-Número no CRO 16315 24-UF RJ 25-Código CNEB 26-UF RJ 27-Número no CRO 16315 28-UF RJ 29-Código CBO S

MARCOS CARVALHO DA SILVA

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	1	47,00	0,00		S	21/08/20		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	38,00	0,00		S	21/08/20		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	38,00	0,00		S	21/08/20		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	38,00	0,00		S	21/08/20		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	38,00	0,00		S	21/08/20		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Pagamento		46-Tipo de Pagamento		47-Valor Total R\$		48-Tipo de Pagamento		
1-												

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 pre contrito. 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, c 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 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa