



420153
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 16/11/20		4-Data de Autorização 17/11/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50206506		7-Data Validade da Senha 14/02/21					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 0037000029869490				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ANDERSON LUIZ DE O		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706402156706883					
13-Nome LUCILIA MELO DA COSTA						14-Telefone 23/11/1990		15-Nome do titular do plano ANDERSON LUIZ DE OLIVEIRA COST							
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					
26-Nome do Profissional Executante LILIAN FREIHA						27-Número no CRO 19769		28-UF RJ		29-Código CBO S					
801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RME															
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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	22,00	0,00		S	24/11/20					
2-	008100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	24/11/20					
3-	008100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	24/11/20					
4-	008100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	24/11/20					
5-	008100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	24/11/20					
6-	008100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	24/11/20					
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 356,00		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 24/11/20				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/20				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			

Lilian Freiha

Lucilia Melo da Costa