



403359
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/20	4-Data de Autorização 23/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7989583	7-Data Validade da Senha 21/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531940300000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DOMINGOS LUCIO RODRIGUES DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA FLAVIA VIEIRA DA COSTA		14-Telefone 30/05/2005 () -	15-Nome do titular do plano DOMINGOS LUCIO RODRIGUES DE ALMEIDA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA RADIOLOGICA SAFE CARNEIRO	18-Número no CRO 7870	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22485970106	22-Nome do Contratado Executante TANIA CARNEIRO MAFRA	23-Número no CRO 7870	24-UF DF	25-Código CNES 551768-0	
26-Nome do Profissional Executante TANIA CARNEIRO MAFRA	27-Número no CRO 7870	28-UF DF	29-Código CBO S 2232-60		

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	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	24/10/20		Tania Carneiro Mafra
2-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	24/10/20		Tania Carneiro Mafra
3-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	24/10/20		Tania Carneiro Mafra
4-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	24/10/20		Tania Carneiro Mafra
5-00	81000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	24/10/20		Tania Carneiro Mafra
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/10/20	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 2-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 134,00	47-Valor Total R\$ 53,60	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 24/10/20 Tania Carneiro Mafra	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 24/10/20 Tania Carneiro Mafra	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/20 Ana Flavia Vieira da Costa	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------

Radiologista