

363636
INTERCÁMBIO

2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/05/2018		4-Data de Autorização 12/05/2018		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50186591		7-Data Validade da Senha 12/03/2018		363636 INTERCAMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 003700000031556542													
9-Plano POS REDE PRESTADORA													
10-Empresa FERNANDA SOARES DA													
11-Data Validade da Carteira / / / /													
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702400517897129													
13-Nome MARIANA SOARES DA SILVA													
14-Telefone () - - - - -													
15-Nome do titular do plano FERNANDA SOARES DA SILVA													
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N													
17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA COSTA DA SILVA													
18-Número no CRO 41376													
19-UF RJ													
20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1453338578													
22-Nome do Contratado Executante JULIANA COSTA DA SILVA													
23-Número no CRO 41376													
24-UF RJ													
25-Código CNES													
26-Nome do Profissional Executante JULIANA COSTA DA SILVA													
27-Número no CRO 41376													
28-UF RJ													
29-Código CBO S													
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela 31-Código do Procedimento													
32-Descrição 1-00185100196 RESTAURAÇÃO RESINA													
33-Dente/Região 46 O 1													
34-Face													
35-Ctd													
36-Quantidade US													
37-Valor													
38-Franquia/Co-participação R\$													
39-Aut													
40-Data de Realização													
41-Motivo de Glosa													
42-Assinatura													
43-Data Previsão Término do Tratamento													
44-Tipo de Atendimento													
45-Tipo de Faturamento													
46-Total Quantidade US													
47-Valor Total R\$													
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(ram) 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

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra. Juliana Costa

URGİLÄ-DENTİS
ORQ: 41376