



366662
INTERCÂMBIO

1-Inscrição ANS 414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/08/20	4-Data de Autorização 13/11/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50187922	7-Data Validade da Senha 12/9/11/20
8-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa C E S SERVICOS CON		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706005896142246	
9-Plano POS REDE PRESTADORA		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano ALEX COSTA DE FREITAS	
16-Data Validade da Carteira 10/12/1978					
17-Nome do Profissional Solicitante CRISTIANE MEDEIROS SOUZA ROMAO					
18-Número no CRO 20296					
19-UF RJ					
20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa					
21-Código CNES Enviar - RX					
22-Número no CRO 20296					
23-UF RJ					
24-Código CBO S (I) 85100226 (I) 85100218 (I) 85100200					
25-UF RJ					
26-Código CBO S (I) 85100226 (I) 85100218 (I) 85100200					
27-UF RJ					
28-Código CBO S (I) 85100226 (I) 85100218 (I) 85100200					

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
085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DOVM	1	122,00	0,00		S	25/08/20		X
085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	16	VDOM	1	122,00	0,00		S	25/08/20		X
085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	26	DVOM	1	122,00	0,00		S	25/08/20		X
085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	32	DVL	1	122,00	0,00		S	08/09/20		X
085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	33	MVL	1	122,00	0,00		S	08/09/20		X
085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	34	MODV	1	122,00	0,00		S	08/09/20		X
085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OV	1	88,00	0,00		S	18/09/20		X
085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88,00	0,00		S	18/09/20		X
085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	45	VLOM	1	122,00	0,00		S	23/09/20		X

43-Previsão, Término do Tratamento 25/08/20	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 1030,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

ro, 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 isto. 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 iniciais ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura: *Crystiane Medeiros Souza Romão*

49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/08/20	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/08/20	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/08/20	52-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------