



421218
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/20	4-Data de Autorização 18/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50206853	7-Data Validade da Senha 15/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 003700002603491	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CLUB MUNICIPAL ANTIGA 46663	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700707936206378
13-Nome MARCIA ASSIS DO NASCIMENTO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCIA ASSIS DO NASCIMENTO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	18-Número no CRO 46320	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07514463780	22-Nome do Contratado Executante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	23-Número no CRO 46320	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85400262-22 (I) 85400149-22 (I) 81000421-RIS
26-Nome do Profissional Executante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		27-Número no CRO 46320	28-UF RJ	29-Código CBO S

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-	0085400262	PINO PRE-FABRICADO OK	22		1	118,00	0,00		S	18/11/20		
2-	0085400211	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO OK	22		1	75,00	0,00		S	18/11/20		
3-	0085400459	PROVISORIO PARA RMF -	22		1	173,00	0,00		S	18/11/20		
4-	0085400149	COROA TOTAL METÁLICA	22		1	725,00	0,00		S	18/11/20		
5-	0081000421	RX PERIAPICAL OK <i>Coronero</i>	RIS		1	28,00	0,00		S	18/11/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/11/20	44-Tipo de Atendimento 1 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1119,00	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 18/11/20 <i>Dr. Lilian Policante</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/20 <i>Dr. Lilian Policante</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/20 <i>Marcia Assis do Nascimento</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/11/20 <i>Dr. Lilian Policante</i> Cirurgiã Dentista CRO RJ 46320
---	---	---	--