Concluída 03/08/20

323506
INTERCÂMBIO

Senha de Autorização	Data de Emissão da Guia	Data de Autorização	Senha	Validade da Senha	Data Validade da Senha
406414	12/06/20	18/06/20	AUTORIZADO	7629570	10/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025262123000019 01	POS REDE PRESTADORA	MUNICIPIO DE ITATIAIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SERGIO MURILO NUNES 01/10/1971	( ) -	SERGIO MURILO NUNES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALOISIO TULIO DE LARA MASSOTE	19107	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
7728301560 4	ALOISIO TULIO DE LARA MASSOTE	19107	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALOISIO TULIO DE LARA MASSOTE	19107	RJ	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85400220-12
(I) 81000421-PIS

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	85402020	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	12		1	299	00	00	S	31/07/20		Sérgio
2	00	85400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	12		1	154	00	00	S	31/07/20		Sérgio
3	00	81000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14	00	00	S	31/07/20		Sérgio
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		

43-Data Previsão Término Tratamento	44-Hora Início Tratamento	45-Hora Fim Tratamento	46-Hora Início Outra Sessão	47-Hora Fim Outra Sessão	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /			16 70	0 00	

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas do tratamento, concordo com o plano apresentado e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e [illegible]

31 07 20 31 07 20 Sérgio Murilo Nunes