



317259
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 7 / 0 5 / 2 0	4-Data de Autorização 2 8 / 0 5 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50164270	7-Data Validação da Senha 2 5 / 0 8 / 2 0
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 2 8 1 0 4 2 9	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ERICA FERREIRA OLIVIERI	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ERICA FERREIRA OLIVIERI		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ERICA FERREIRA OLIVIERI		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARCELO BARBOSA GARCIA	18-Número no CRO 32479	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 2 5 5 3 9 7 4 7 0 1	22-Nome do Contratado Executante MARCELO BARBOSA GARCIA	23-Número no CRO 32479	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (II) 81000421-RPSE	
26-Nome do Profissional Executante MARCELO BARBOSA GARCIA		27-Número no CRO 32479	28-UF RJ	29-Código CBO S (I) 85100200 (II) 85100200	

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	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 , 0 0	0 , 0 0		S	09/06/20		S. E
2	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	22	PD	1	8 8 , 0 0	0 , 0 0		S	09/06/20		S. E
3	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	43	LM	1	8 8 , 0 0	0 , 0 0		S	09/06/20		S. E
4	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	8 8 , 0 0	0 , 0 0		S	09/06/20		S. E
5	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPSE		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	09/06/20		S. E
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 3 1 2 , 0 0	47-Valor Total R\$ 0 , 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------------	-------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, 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 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 09/06/2020 Marcelo Barbosa Garcia CRO-RJ 32479	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/06/2020 Marcelo Barbosa Garcia CRO-RJ 32479	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/08/2020 ERICA FERREIRA OLIVIERI	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	--	-------------------------------------