



272359
INTERCÂMBIO

1-Registro Anís 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/01/20	4-Data de Autorização 16/01/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50144213	7-Data Validade da Senha 15/04/20
---------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00379994061064103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa HEMATOLOGISTAS ASSOCIADOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898002934762086	315891
---	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--	--------

13-Nome ELAINE LOUREIRO DE VASCONCELOS	14-Telefone 02/04/1970	15-Nome do titular do plano ELAINE LOUREIRO DE VASCONCELOS
---	---------------------------	---

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 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02553974701	22-Nome do Contratado Executante MARCELO BARBOSA GARCIA	23-Número no CRO 32479	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-

26-Nome do Profissional Executante MARCELO BARBOSA GARCIA	27-Número no CRO 32479	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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	07/05/20		
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	46		1	73,00	0,00		S	07/05/20		
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMD		1	14,00	0,00		S	07/05/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	07/05/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	07/05/20		
6	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	07/05/20		
7	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	07/05/20		
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 265,00	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 apresentado, 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 em 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 07/05/20 RJ	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/05/20 RJ	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/05/20 RJ	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--