



289145
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2012	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE ATO	6-Número da Guia Principal 7414936	7-Data Validade da Senha 17/10/2012
--------------------------	---	------------------------------	----------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527914700018401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LEJI INTERMEDIACAO S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JESSICA DE JESUS ALMEIDA		14-Telefone () 9437-2177	15-Nome do titular do plano JESSICA DE JESUS ALMEIDA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLAUDIA AUGUSTO DE CARVALHO	18-Número no CRO 20274	19-UF MG	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 85113018600	22-Nome do Contratado Executante CLAUDIA AUGUSTO DE CARVALHO	23-Número no CRO 20274	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CLAUDIA AUGUSTO DE CARVALHO		27-Número no CRO 20274	28-UF MG	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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	18/03/20		Jessica
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	19,00	8,74		P			
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	19,00	8,74		P			
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	18/03/20		Jessica
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	18/03/20		Jessica
6-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	20,00	9,20		P			
7-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	20,00	9,20		P			
8-	0085300012	DESENSIBILIDADE DENTARIA	16		1	10,00	0,00		S	18/03/20		Jessica
9-	0085300012	DESENSIBILIDADE DENTARIA	26		1	10,00	0,00		S	18/03/20		Jessica
10-	0085300012	DESENSIBILIDADE DENTARIA	13		1	10,00	0,00		S	18/03/20		Jessica
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/03/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 214,00	47-Valor Total R\$ 35,88	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

Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/03/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/03/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/03/20 - Jessica	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Claudia Augusto de Carvalho
Cirurgiã Dentista
Ortodontia
CRO-MG 20274