



381506
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/09/20	4-Data de Autorização 23/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50193730	7-Data Validade da Senha 22/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00370000016393263		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONDOMINIO DO ED VIEIRA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708103506990135
13-Nome MAX LIMA DA FONSECA			14-Telefone 21/11/1969 () - - - - -	15-Nome do titular do plano MAX LIMA DA FONSECA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LARISSA SILVEIRA MIGNONE		18-Número no CRO 21662	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01392947758	22-Nome do Contratado Executante LARISSA SILVEIRA MIGNONE		23-Número no CRO 21662	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200158-16
26-Nome do Profissional Executante LARISSA SILVEIRA MIGNONE			27-Número no CRO 21662	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-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	16		1	533,00	0,00			24/09/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/09/20	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 533,00	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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/09/20 Larissa Mignone CRO-RJ 21662	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/09/20 Larissa Mignone CRO-RJ 21662	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/09/20	53-Dia, local e Assinatura da Empresa 24/09/20 Clínica Odontológica Enio Lima
--	--	--	--