



420084
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/20	4-Data de Autorização 16/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50206482	7-Data Validade da Senha 14/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0037000031679539		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ANDALUZ ARQUITETUR	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700404968062940
13-Nome ROBERTA JULIANA RODRIGUES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROBERTA JULIANA RODRIGUES	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA		18-Número no CRO 39704	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12816546713		22-Nome do Contratado Executante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA		23-Número no CRO 39704	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA				27-Número no CRO 39704	28-UF RJ	29-Código CBO S

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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	18/11/20		Pg
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	18/11/20		Pg
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	18/11/20		Pg
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	18/11/20		Pg
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/11/20	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 144,00	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-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 18/11/20 Antonio Manuel Garcia da Rosa Cirurgião Dentista CRO/RJ-CD-39704	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 18/11/20 Antonio Manuel Garcia da Rosa Cirurgião Dentista CRO/RJ-CD-39704	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/20 Roberto L. C. L.	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------