



356773
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/08/20	4-Data de Autorização 14/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50183963	7-Data Validade da Senha 11/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Data do Beneficiário 000379994062041654		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CRASE S EMPREENDIMENTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde 700003168396006
13-Nome FABRICIO LUIZ FREITAS GONCALVE		14-Telefone 07/08/1990	15-Nome do Titular do plano MONIQUE DOS SANTOS SA GONCALVE		

16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TOMO X CLINICA DE RADIOLOGIA DE BONSUCESSO LTDA	18-Número no CRO 19769	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01250478782	22-Nome do Contratado Executante LILIAN FREIHA	23-Número no CRO 19769	24-UF RJ	25-Código CNES (I) 81000405	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante LILIAN FREIHA	27-Número no CRO 19769	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME	

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	0081000294	LEVANTAMENTO			1	2220	0000		S	30/08/20		
2	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7800	0000		S	30/08/20		
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	1400	0000		S	30/08/20		
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	1400	0000		S	30/08/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 32800	47-Valor Total R\$ 0000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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 Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/08/20 Lilian Freiha	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/08/20 Fabricio Luiz Freitas Goncalves	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--