



422993
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/20	4-Data de Autorização 19/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50207449	7-Data Validade da Senha 17/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994063045459	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707601255747796
13-Nome VIVIANE GUIMARAES RAFAEL		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VIVIANE GUIMARAES RAFAEL	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	18-Número no CRO 46320	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07514463780	22-Nome do Contratado Executante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	23-Número no CRO 46320	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421- (IF) 85200140-15
26-Nome do Profissional Executante LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		27-Número no CRO 46320	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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	28,00	0,00		S	19/11/20		X
2-	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	15		1	461,00	0,00		S	19/11/20		X
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/11/20	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 489,00	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 Solicitante 19/11/20 Dra. Lilian Policante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/20 Dra. Lilian Policante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/20 Viviane S. Rafael	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/11/20
---	---	---	---