TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

315104
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data da Emissão	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	20/05/20	26/05/20	AUTORIZADO	7575001	18/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202507360700501801	POS REDE PRESTADORA	NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELVIS MARTINS ALVES 05/01/1991	( ) -	ELVIS MARTINS ALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALOISIO TULIO DE LARA MASSOTE	19107	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
7728301560 4	ALOISIO TULIO DE LARA MASSOTE	19107	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALOISIO TULIO DE LARA MASSOTE	19107	RJ	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85300039-011 (I) 85300039-013
(I) 85300039-012
(I) 85300039-014

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-		00810003 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00		00,00	S	20/05/20		
2-		00853003 9	RASPAGEM SUB-	HASD		1	44,00		00,00	S	31/07/20		
3-		00853003 9	RASPAGEM SUB-	HASE		1	44,00		00,00	S	31/07/20		
4-		00853003 9	RASPAGEM SUB-	HAID		1	44,00		00,00	S	31/07/20		
5-		00853003 9	RASPAGEM SUB-	HAIE		1	44,00		00,00	S	31/07/20		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Data do Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Data Recebimento Guia Operadora R$
/ /			211,00	00,00	

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, [illegible]

Concluída em 31/07/20

50-Data da Assinatura do Profissional Executante	51-Assinatura do Profissional Executante	52-Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável	53-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54-Data da Assinatura do Representante da Empresa	55-Assinatura do Representante da Empresa
/ /	31/07/20	31/07/20	Elvis Martins Alve	/ /	