



405955
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/20	4-Data de Autorização 28/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50201927	7-Data Validade da Senha 25/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 00370000031480384	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa LENITA THEREZINHA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700008472086202	
13-Nome LENITA THEREZINHA ENGELKE LUCA	14-Telefone 16/12/1954
15-Nome do titular do plano LENITA THEREZINHA ENGELKE LUCA	

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	26-UF RJ
27-Número no CRO 46320	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-	0085400114	COROA TOTAL EM CERÔMERO	11		1	900,00	0,00		S	28/10/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 900,00	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 28/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/10/20
---	---	---	---

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320