



356099

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/20	4-Data de Autorização 17/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7785713	7-Data Validade da Senha 11/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530857600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CARMAX TRANSPORTES E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LEILANE SOARES NEGRINHO SILVA 20/06/1985		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LEILANE SOARES NEGRINHO SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA	18-Número no CRO 14893	19-UF SC	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08104793977	22-Nome do Contratado Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA	23-Número no CRO 14893	24-UF SC	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA		27-Número no CRO 14893	28-UF SC	29-Código CBO S	(I) 85100200 (I) 85100200

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.	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	25		1	73,00	0,00		S	/ /		
2.	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MVP	1	122,00	0,00		S	17/08/20		
3.	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	DO	1	88,00	0,00		S	17/08/20		
4.	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00		S	17/08/20		
5.	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OV	1	88,00	0,00		S	17/08/20		
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsão 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 459,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 . Imagens analisadas.
--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/08/20 <i>Giselle</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/08/20 <i>Giselle</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/08/20 <i>Leilane</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--