

 $2-N_2=$ 439669
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 1 1 1 1 1 2 1 2 0 1	4-Data de Autorização 1 1 4 1 1 2 1 2 0 1	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8139933	7-Data Validade da Sentença 1 1 1 1 0 3 1 2 1 1	439669 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 1 0 4 3 5 0 0 0 0 1 0 3 1			9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa FABIANA JUSTINO SANTOS	
13-Nome JENIFER YASMIN SANTOS DE OLIVEIRA			14-Telefone (1 1 1) 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		15-Nome do titular do plano FABIANA JUSTINO SANTOS	
					12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

16-Atendimento a RN	N	17-Nome do Profissional Solicitante	KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA										18-Número no CRO	49467	19-UF	RJ	20-Código CBO S										
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	1 1 4 1 2 8 5 4 1 7 2 9										22-Nome do Contratado Executante	KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA										23-Número no CRO	49467	24-UF	RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante	KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA										27-Número no CRO	49467	28-UF	RJ	29-Código CBO S												

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30*-Tabela	31*-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Ontem/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class 42-Assinatura
1-	0,0,1,8,4,0,0,0,1,9,8,	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3,5,0,0,		0,0,0,0,	S	14/11/20	xyy
2-	0,0,1,8,4,0,0,0,1,9,8,	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3,5,0,0,		0,0,0,0,	S	14/11/20	xyy
3-	0,0,1,8,4,0,0,0,1,9,8,	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3,5,0,0,		0,0,0,0,	S	14/11/20	xyy
4-	0,0,1,8,4,0,0,0,1,9,8,	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3,5,0,0,		0,0,0,0,	S	14/11/20	xyy
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

46-T Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

43-Data Previsão Término do Implante

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-T Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

1-Total 2-Parcial

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) acima, e por mim assinado(s), 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	51-Data	Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data	Local e Assinatura do Encarregado / Responsável	53-Data	Local e Assinatura do Emprego
11/04/18	1810 Cirurgia Dentista	11/04/18	1810 Cirurgia Dentista	11/04/18	1810 Cirurgia Dentista	11/04/18	1810 Cirurgia Dentista

49. Observação

Alves Lima

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

04918-0000

51-Dota, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

CPD# 19467

[illegible]

responsável

11/10/2019

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

03-Dala, Jovale e Camboja da Empresa

CH

~~10/11/19~~

2019