



418916
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/11/20		4-Data de Autorização 13/11/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50206124		7-Data Validade da Senha 11/02/21		
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00370000026034991				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CLUB MUNICIPAL ANTIGA 46663		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700707936206378		
13-Nome MARCIA ASSIS DO NASCIMENTO						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARCIA ASSIS DO NASCIMENTO				
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		
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-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
1-00	81000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	28,00	0,00		S	13/11/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento 13/11/20		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 28,00		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 13/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 13/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/11/20
---	---	---	---

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320