



398820
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/20	4-Data de Autorização 19/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50199987	7-Data Validade da Senha 17/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000030727327	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa JAQUELINE APARECID	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705001835158256
13-Nome JAQUELINE APARECIDA GOMES DE M		14-Telefone 06/02/1979	15-Nome do Titular do plano JAQUELINE APARECIDA GOMES DE M	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAROLINA NOGUEIRA MELHEM	18-Número no CRO 34075	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10970822707	22-Nome do Contratado Executante CAROLINA NOGUEIRA MELHEM	23-Número no CRO 34075	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CAROLINA NOGUEIRA MELHEM		27-Número no CRO 34075	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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/10/2020		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S			
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S			
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S			
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S			
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 174,00	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 23/10/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--