



299635
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/20	4-Data de Autorização 16/03/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7472752	7-Data Validade da Senha 09/06/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 00202521168300113601	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa FEDERACAO NACIONAL DE APOIO	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

13-Nome EDITE SANTOS DA SILVA DE SOUZA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDITE SANTOS DA SILVA DE SOUZA
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARMEN REGINA MARINO GALLICCHIO	18-Número no CRO 15554	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 81243197749	22-Nome do Contratado Executante CARMEN REGINA MARINO GALLICCHIO	23-Número no CRO 15554	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CARMEN REGINA MARINO GALLICCHIO		27-Número no CRO 15554	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
1-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	18/03/20		
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	18/03/20		
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	18/03/20		
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIID		1	36,00	0,00		S	18/03/20		
5-												
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 144,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/03/20 <i>Carande</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/03/20 <i>Edite S. da S. de Souza</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--