



2217018
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/02/25	4-Data de Autorização 19/02/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13557698	7-Data Validade de Senha 20/05/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601470101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA MARIA ANDRE DE SOUZA		14-Telefone 31/01/1961	15-Nome do titular do plano ANA MARIA ANDRE DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a F.N. N	17-Nome do Profissional Solicitante EVANIA CRISTIANE ELIAS RODRIGUES SILVA	18-Número no CBO 134740	19-UF SP	23-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38337544000116	22-Nome do Contratado Executante CLÍNICA ODONTOLÓGICA & ESTÉTICA OSB	25-Número no CRO 134740	24-UF SP	25-Código CNES 0519030
26-Nome do Profissional Executante EVANIA CRISTIANE ELIAS RODRIGUES SILVA		27-Número no CBO 134740	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Cente/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-	0085100193	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00		S	19/02/25		
2-												
3-												
4-												
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 61,00	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 apreendidos, 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 19/02/25 Evania Rodrigues	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/02/25 Evania Rodrigues	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/02/25	53-Data, local e Carimbo da Empresa Clínica Odontológica & Estética OSB Sociedade Unipessoal Ltda CNPJ: 38.337.544/0001-16
--	--	---	--