



2184919
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/12	4-Data de Autorização 06/10/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13451432	7-Data Validade da Senha 27/10/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202510550600897101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSE WENIS FABIO PINTO GERMANO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSE WENIS FABIO PINTO GERMANO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DEBORAH DE FREITAS	18-Número no CRO 130174	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36266198000105	22-Nome do Contratado Executante T. L. ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 90623	24-UF SP	25-Código CNES 6348327
26-Nome do Profissional Executante DEBORAH DE FREITAS		27-Número no CRO 130174	28-UF SP	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 Omissão	42-Assinatura
1-	0035300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00	0,00		S	06/02/25		
2-	0031000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/02/25		
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 78,00	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 Contratado Responsável 06/02/25 Dra. Deborah de Freitas Cirurgiã Dentista CRO-SP: 130174	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 06/02/25 Cirurgiã Dentista CRO-SP: 130174	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/02/25	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--