



329110
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 24/10/2012	3-Data de Autorização 25/10/2012	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7658287	6-Data Validade da Guia 22/10/2012
Dados do Beneficiário					
7-Número da Carteira 00202510550601536102	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	10-Data Validade da Carteira / /	11-Número da Cartão Nacional de Saúde	
12-Nome MICHELE ANDRADE SILVA		13-Data de Nascimento 29/05/1986	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano GERMAIN TABOR ANDRADE SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RVN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO DE MELLO	18-Número no CRO 55092	19-UF SP	20-Código CBO-S 025 -	Fatura: Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / C/P 16421958800	22-Nome do Contratado Executante JOSE EDUARDO DE MELLO	23-Número no CRO 55092	24-UF SP	25-Código CNE-S Enviar - RX (F) 85100200	(IF) 85200155-16
26-Nome do Profissional Executante JOSE EDUARDO DE MELLO		27-Número no CRO 55092	28-UF SP	29-Código CBO-S	

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-Justificativa
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	DO	1	88,00	0,00		S	08/07/20		
2-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	16		1	533,00	0,00		S	01/07/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Emissão da Guia 08/07/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico, 2-Exame/Radiológico, 3-Ortodontia, 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Fraturamento 1-Total, 2-Parcial	46-Total Quantidade US 621,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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) e/ou o(s) exame(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, desde que este esteja em conformidade com as cláusulas do contrato.

49-Observação:
 Cir. Dentista
 CRO 55092
 Cir. Dentista
 CRO 55092

50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 08/07/20	51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista 08/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/07/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa
---	--	---	--