



414665
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/20	4-Data de Autorização 10/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8034451	7-Data Validade da Senha 07/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202510550600147603		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NICOLE FERREIRA DO NASCIMENTO AUGUSTO			14-Telefone 11 10/10/2002	15-Nome do titular do plano JOSUE FERREIRA DO NASCIMENTO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante VERA LUCIA GARCIA		18-Número no CRO 24184	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01424131863		22-Nome do Contratado Executante VERA LUCIA GARCIA		23-Número no CRO 24184		24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VERA LUCIA GARCIA				27-Número no CRO 24184		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-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	10/11/20		Nicole
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	10/11/20		Nicole
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	10/11/20		Nicole
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	10/11/20		Nicole
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	10/11/20		Nicole
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/11/20	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 178,00	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 ainda 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 10/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/20
---------------	---	---	---	---

INTEGRADA S/C LTDA
04.896.785/0001-83