



335441
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/07/20	4-Data de Autorização 15/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7688018	7-Data Validade da Senha 05/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601710901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	---------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome KATIA APARECIDA GALIOTTI	14-Telefone 24/06/1967	15-Nome do titular do plano KATIA APARECIDA GALIOTTI
-------------------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RM N	17-Nome do Profissional Solicitante H & B REABILITACAO ORAL S/C LTDA	18-Número no CRO 62952	19-UF SP	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 27745580854	22-Nome do Contratado Executante DEBORA DA SILVA HENRIQUES	23-Número no CRO 62952	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200166-34
26-Nome do Profissional Executante DEBORA DA SILVA HENRIQUES	27-Número no CRO 62952	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 Glosa	42-Assinatura
1-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	34		1	258,00	0,00			16/07/20		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00			16/07/20		
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 319,00	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 16/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--