



367889
INTERCÂMBIO

1-Plano de Saúde 405414	2-Data de Emissão do Guia 01/09/20	3-Data de Autorização 05/09/20	4-Senha AUTORIZADO	5-Número do Guia Principal 7839356	6-Data validade da Senha 31/11/20
7-Dados do Beneficiário 00202510550600557101		8-Tipo POS REDE PRESTADORA	9-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	10-Data validade da Carteira / /	11-Número do Cartão Nacional de Saúde
12-Nome MARCOS NAVARRO PEREIRA		13-Data de Nascimento 24/07/1966	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCOS NAVARRO PEREIRA	
16-Endereço do Profissional Solicitante N ADRIANA SARAINA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA			17-Número no CRO 36455	18-UF SP	19-Código CRO S 025 - Faturar Empresa
20-Código de Operadora - CUP - COT 10575503552			21-Número no CRO 36455	22-UF SP	23-Código CRO S Enviar - RX (0) 85100200
24-Endereço do Profissional Executante ADRIANA SARAINA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA			25-Número no CRO 36455	26-UF SP	27-Código CRO S

28-Tipo	29-Código do Procedimento	30-Descrição	31-Dente/Região	32-Face	33-Qto	34-Quantidade US	35-Valor	36-Franquia Co-participação R\$	37-Ad	38-Data de Realização	39-Motivo de Causa	40-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	DP	1	8800	000		S	09/09/20		[Assinatura]
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

41-Data Prevista Término do Tratamento / /	42-Tipo de Anestésico 1-Tranquilizante 2-Anest. Local 3-Anest. Geral 4-Emergência	43-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	44-Valor Total US 8800	45-Valor Total R\$ 000	46-Tipo Franquia Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------	---------------------------	--------------------------------------

Declaro, que todos os procedimentos realizados sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceite 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 os procedimentos realizados acima, e por mim assinados, foram realizados 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

47-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário 09/09/20 [Assinatura] Dr. Adriano S. Jordani M. Fonseca CROSP 36455 Cirurgião Dentista	48-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Prestador 09/09/20 [Assinatura] Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca CROSP 36455 Cirurgiã Dentista	49-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 09/09/20 [Assinatura]	50-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--

52,80