



426386
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/11/20	4-Data de Autorização 30/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8084190	7-Data Validade da Senha 22/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202510550600090501		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MONICA MARIA DOS SANTOS ARAUJO	14-Telefone 10/07/1978 (11) 4679-3746	15-Nome do titular do plano MONICA MARIA DOS SANTOS ARAUJO
---	--	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Identificação e CRM N	17-Nome do Profissional Responsável JESSICA MATHIAS DE SOUZA BERCE	18-Número na CRO 113873	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código da Carteira de Identificação 23015011827	22-Nome do Contratado Responsável JESSICA MATHIAS DE SOUZA BERCE	23-Número na CRO 113873	24-UF SP	25-Código CNEG Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Responsável JESSICA MATHIAS DE SOUZA BERCE	27-Número na CRO 113873	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento e Procedimentos Sugeridos

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	00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	33	MV	1	88,00	0,00		S	11/12/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Causa Prevista 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 88,00	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 11/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/12/20	Assinatura do Profissional Jéssica M. S. Berce Cirurgiã-Dentista CRO/SP 113873
---	---	---	---	---