



288759
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/02/20	4-Data de Autorização 17/02/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7412257	7-Data Validade da Senha 15/05/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira _/_/ _/ _/ _/		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202510550601004501									
13-Nome MARCO ANTONIO ARAUJO ROCHA				14-Telefone () _ _ _ _ _		15-Nome do titular do plano MARCO ANTONIO ARAUJO ROCHA			
				17/09/1967					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante SIMONE GAMA CARDOSO		18-Número na CRO 66780		19-UF SP		20-Código CBO S		25 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26244334817		22-Nome do Contratado Executante SIMONE GAMA CARDOSO		23-Número na CRO 66780		24-UF SP		25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante SIMONE GAMA CARDOSO				27-Número na CRO 66780		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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	M	1	61,00	0,00		S	10/03/20		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	42	M	1	61,00	0,00		S	16/03/20		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	M	1	61,00	0,00		S	10/03/20		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 16/03/20	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 183,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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 16/03/20 g	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/03/20 g	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/03/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa _/_/ _/ _/ _/
---	---	---	--