



351681
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/08/20	4-Data de Autorização 10/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7763479	7-Data Validade da Senha 03/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510506013917011	9-Ramo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CARLOS ROBERTO QUESADA					
14-Telefone 15/11/1986 () -					
15-Nome do titular do plano CARLOS ROBERTO QUESADA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO	18-Número no CRD 32953	19-UF SP	20-Código CBO S	025 -
21-Código na Operadora / DNP / CPF 0957856288	22-Nome do Contratado Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO	23-Número no CRD 32953	24-UF SP	25-Código CBO S	Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante MIGUEL ARCANJO PAVILHAO					
27-Número no CRD 32953					
28-UF SP					
29-Código CBO S					

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1F) 85200140-14

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qto	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0085200140		TRATAMENTO ENDODONTICO	14	1	1	333,00	0,00					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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 333,00	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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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
favor anexar RX inicial e final para produção

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Dr. Miguel A. Pavilhão
Cirurgião Dentista
CROSP 32953