



343739
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 12/10/2012	3-Data de Autorização 12/10/2012	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7725490	6-Data Validade da Senha 12/10/2012
Dados do Beneficiário:					
8-Número da Carteira 00202510550601528301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANTONIO CARLOS OLIVEIRA MORAIS		14-Data de Nascimento 18/08/1979	15-Telefone () -	16-Nome do titular do plano ANTONIO CARLOS OLIVEIRA MORAIS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:					
18-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO DE MELLO	19-Número na CRO 55092	18-UF SP	20-Código CBO 8	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16421958800	20-Nome do Contratado Executante JOSE EDUARDO DE MELLO	22-Número na CRO 55092	24-UF SP	23-Código CNE 3	Enviar - RX (1) 85100200 (2) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JOSE EDUARDO DE MELLO		27-Número na CRO 55092	28-UF SP	29-Código CBO 8	(1) 85100200 (2) 85100200

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medico da Clínica	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/07/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	12/08/20		
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OD	1	88,00	0,00		S	12/08/20		
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OM	1	88,00	0,00		S	23/09/20		
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	88,00	0,00		S	23/09/20		
6	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	20/10/20		
7	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	20/10/20		
8	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	20/10/20		
9	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	20/10/20		
10												
11												
12												
13												
14												
15												

33-Data de Realização da Guia 20/10/20	34-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico, 2-Exame Radiológico, 3-Clonagem, 4-Urgência/Emergência	40-Tipo de Faturamento 1- Total, 2- Parcial	41-Total Quantidade US 503,00	42-Valor Total R\$ 0,00	43-Total Franquia/Co-participação R\$
---	--	--	----------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 os procedimentos aqui acima e por mim autorizados, 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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, conforme orientações e arcar com os custos conforme previsto em contrato.

44-Assinatura 20/10/20	45-Profissional Solicitante Dr. José Eduardo de Mello CRO 55092	46-Profissional Executante 20/10/20	47-Data de Realização da Guia 20/10/20	48-Data Assinatura e Carimbo da Empresa 20/10/20
---------------------------	---	--	---	---