



411583
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/20	4-Data de Autorização 06/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8022748	7-Data Validade de Senha 02/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 00202510550600090501									
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		17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA MATHIAS DE SOUZA BERCE		18-Número no CRO 113873		19-UF SP		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 23015041827		22-Nome do Contratado Executante JESSICA MATHIAS DE SOUZA BERCE		23-Número no CRO 113873		24-UF SP		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante JESSICA MATHIAS DE SOUZA BERCE				27-Número no CRO 113873		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	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	ODV	1	122,00	0,00			17/11/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão 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 122,00	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 17/11/20		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/11/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/11/20		53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/11/20 Cirurgia-Dentista CRO/SP 113873	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	---	--