



525239
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/04/21	4-Data de Autorização 19/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8490263	7-Data Validade da Senha 15/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202510550601856402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TAYNA SANTOS FIGUEIRA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano SERGIO MARQUES FIGUEIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARCIO DUTRA FELIPE	18-Número no CRO 32268	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08197862842	22-Nome do Contratado Executante MARCIO DUTRA FELIPE	23-Número no CRO 32268	24-UF SP	25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante MARCIO DUTRA FELIPE	27-Número no CRO 32268	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	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	21/05/21		<i>[Assinatura]</i>
2	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	09/06/21		<i>[Assinatura]</i>
3	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	14/05/21		<i>[Assinatura]</i>
4	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	14/05/21		<i>[Assinatura]</i>
5	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	28/05/21		<i>[Assinatura]</i>
6	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	14/05/21		<i>[Assinatura]</i>
7	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	14/05/21		<i>[Assinatura]</i>
8	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	14/05/21		<i>[Assinatura]</i>
9	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	12/07/21		<i>[Assinatura]</i>
10	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	12/07/21		<i>[Assinatura]</i>
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/07/21	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 479,00	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 12/07/21 <i>[Assinatura]</i>	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/07/21 <i>[Assinatura]</i>
52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/07/21 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, Local e Carimbo da Empresa 12/07/21

MDF ODONTOLOGIA LTDA
Dr. Márcio Dutra Felipe
CROSP - 32.268