



489963
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/03/21	4-Data de Autorização 08/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8351684	7-Data Validade da Senha 01/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601915601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__/_/	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCIANO MARCON AZEVEDO	14-Telefone 01/07/1973	15-Nome do titular do plano LUCIANO MARCON AZEVEDO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA LAIS ALMEIDA BOFFI	18-Número no CRO 115699	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200158-37
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 41118760808	22-Nome do Contratado Executante BRUNA LAIS ALMEIDA BOFFI	23-Número no CRO 115699	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante BRUNA LAIS ALMEIDA BOFFI	27-Número no CRO 115699	28-UF SP	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	37		1	533,00	0,00		S			
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 533,00	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 _/_/__/__/_/	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista _/_/__/__/_/	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável _/_/__/__/_/	53-Data, local e Carimbo da Empresa _/_/__/__/_/
---	---	---	---