



580290
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/10/2012	4-Data de Autorização 11/11/2012	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 8684833	7-Data Validade da Senha 08/09/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202510550601974701		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JOAQUIM DA SILVEIRA TOLEDO JUNIOR	14-Data de Nascimento 11/11/1961	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOAQUIM DA SILVEIRA TOLEDO JUNIOR
--	-------------------------------------	----------------------	--

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA PEDROSO HUPPES		18-Número no CRO 115048	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 42864084856		22-Nome do Contratado Executante FLAVIA PEDROSO HUPPES		23-Número no CRO 115048	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FLAVIA PEDROSO HUPPES		27-Número no CRO 115048		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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/07/2012		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	01/07/2012		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	01/07/2012		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	01/07/2012		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/10/2012	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 144,00	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 01/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/10/2012
---	---	---	---

Dra. Flávia P. Huppess
CIRURGIÁ DENTISTA
CRO - SP 115.048