



441282
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/12/20	4-Data de Autorização 17/12/20	5-Senha AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 8147496	7-Data Validade da Senha 15/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202525306800006803		13-Nome JORGE HENRIQUE SALOME		14-Telefone 04/04/2011		15-Nome do titular do plano JOSEANE JUSTINO DE OLIVEIRA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		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	
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 Enviar - RX		26-Nome do Profissional Executante JESSICA MATHIAS DE SOUZA BERCE	
				27-Número no CRO 113873		28-UF SP		29-Código CBO S		26-Envio - RX (1) 85100200	

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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00		S	17/12/20		
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 88,00	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 17/12/20		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/12/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/12/20		53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/12/20	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Júlia M. B. Berce
Cirurgiã-Dentista
CRO/SP 113873