



369935
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/3/09/20	4-Data de Autorização 10/4/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7848455	7-Data Validade da Senha 10/2/12/20
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

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
13-Nome PEDRO HENRIQUE NUNES ELESBAO		14-Telefone () 6909-6615	15-Nome do titular do plano PATRICK ELESBAO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO	18-Número no CRO 58579	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15878037807	22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO	23-Número no CRO 58579	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO		27-Número no CRO 58579	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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	04/09/20		<i>[Signature]</i>
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	09/09/20		<i>[Signature]</i>
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 106,00	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 04/09/20 <i>[Signature]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/09/20 <i>[Signature]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--