



289496
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2020	4-Data de Autorização 08/10/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7416412	7-Data Validade da Senha 17/10/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202510550600625601		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MANOEL FONSECA		14-Telefone 12/01/1971	15-Nome do titular do plano MANOEL FONSECA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTA COLUSSI PELINI POLIDORO		18-Número no CRO 59102	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26881207867		22-Nome do Contratado Executante ROBERTA COLUSSI PELINI POLIDORO		23-Número no CRO 59102	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ROBERTA COLUSSI PELINI POLIDORO		27-Número no CRO 59102		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	17/10/2020		Manoel
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	13		1	73,00	0,00		S	17/10/2020		Manoel
3	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	17		1	73,00	0,00		S	17/10/2020		Manoel
4	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	45		1	73,00	0,00		S	17/10/2020		Manoel
5	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	44		1	73,00	0,00		S	17/10/2020		Manoel
6	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	43		1	73,00	0,00		S	17/10/2020		Manoel
7	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	42		1	73,00	0,00		S	17/10/2020		Manoel
8	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	31		1	73,00	0,00		S	17/10/2020		Manoel
9	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	33		1	73,00	0,00		S	17/10/2020		Manoel
10	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	34		1	73,00	0,00		S	17/10/2020		Manoel
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/10/2020	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 691,00	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(ram) 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 17/10/2020 Roberto C. Polidoro	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/10/2020 Manoel Fonseca	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	--	--