



298137
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/03/20	4-Data de Autorização 11/03/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7464409	7-Data Validade da Senha 07/06/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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	
8-Número da Carteira 00202510550601511501				13-Nome VILMARA TAVARES ALVES ALBRECHT				14-Telefone (18) 3324-6676	
15-Nome do titular do plano VILMARA TAVARES ALVES ALBRECHT				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		29-Código CBO S		29-Código CBO S		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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DP	1	88,00	0,00	S		18/03/20		falluaf
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MDP	1	22,00	0,00	S		18/03/20		falluaf
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	ODM	1	22,00	0,00	S		18/03/20		falluaf
4	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	15	MOD	1	22,00	0,00	S		18/03/20		falluaf
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	13	DP	1	88,00	0,00	S		18/03/20		falluaf
6	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	45	MDO	1	22,00	0,00	S		18/03/20		falluaf
7	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	4,00	0,00	S		18/03/20		falluaf
8	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	4,00	0,00	S		18/03/20		falluaf
9	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	4,00	0,00	S		18/03/20		falluaf
10	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	4,00	0,00	S		18/03/20		falluaf
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 720,00	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 Fotos analisadas.		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 18/03/20 falluaf	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
------------------------------------	--	--	--	---	--