



317574
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2012	4-Data de Autorização 02/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7598002	7-Data Validade da Senha 26/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202510550601491101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUIZ HENRIQUE GABRIEL		14-Telefone 30/11/1967		15-Nome do titular do plano LUIZ HENRIQUE GABRIEL		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SIMONE GAMA CARDOSO	18-Número no CRO 66780	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26244334817		22-Nome do Contratado Executante SIMONE GAMA CARDOSO		23-Número no CRO 66780	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218 (I) 81000421- (I) 85100200 (I) 81000200
26-Nome do Profissional Executante SIMONE GAMA CARDOSO		27-Número no CRO 66780		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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	02/06/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	02/06/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	02/06/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	02/06/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	02/06/20		
6	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	M	1	61,00	0,00		S	15/06/20		
7	00851000218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DOM	1	122,00	0,00		S	17/06/20		
8	00810000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	03/06/20		
9	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	D	1	61,00	0,00		S	23/06/20		
10	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OM	1	88,00	0,00		S	25/06/20		
11	00810000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	25/06/20		
12	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	29/06/20		
13	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	07/07/20		
14	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	88,00	0,00		S	10/07/20		
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/07/20	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 744,00	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 10/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------