



358323
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/08/20	4-Data de Autorização 20/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7793923	7-Data Validade da Senha 15/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202510550601370902		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome KHALLIL VILACA SALINAS			14-Telefone (11) 9980-1520	15-Nome do titular do plano ADEMIR SERGIO SALINAS ESPEJO	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARCELO MUNHOZ		18-Número no CRO 96098	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 247002226811		22-Nome do Contratado Executante MARCELO MUNHOZ		23-Número no CRO 96098	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MARCELO MUNHOZ			27-Número no CRO 96098	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	00810000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	24/08/20		[Assinatura]
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAI		1	36,00	0,00		S	24/08/20		[Assinatura]
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	24/08/20		[Assinatura]
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	24/08/20		[Assinatura]
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	24/08/20		[Assinatura]
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	26/08/20		[Assinatura]
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00		S	26/08/20		[Assinatura]
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00		S	26/08/20		[Assinatura]
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/08/20	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 361,00	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 26/08/20 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/08/20 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/08/20 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

SP SP SP