



580279
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/21	4-Data de Autorização 14/06/21	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 8684822	7-Data Validade da Senha 08/09/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202510550600776801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Name MARIA CRISTINA MENDES DE MELO 14/12/1972		14-Telefone (15) 3522-0756	15-Name do titular do plano MARIA CRISTINA MENDES DE MELO	

16-Atendimento a RN N	17-Name do Profissional Solicitante FLAVIA PEDROSO HUPPES	18-Número no CRO 115048	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 42864084856	22-Name do Contratado Executante FLAVIA PEDROSO HUPPES	23-Número no CRO 115048	24-UF SP	25-Código CNES
26-Name do Profissional Executante FLAVIA PEDROSO HUPPES		27-Número no CRO 115048	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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/07/21		Cristina
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	01/07/21		Cristina
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	01/07/21		Cristina
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	01/07/21		Cristina
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 01/07/21	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 144,00	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 01/07/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/07/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário-Responsável 01/07/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/07/21
---	---	---	---

Dra. Flávia P. Huppel
CIRURGIÁ DENTISTA
CRO - SP 115.048