

329675

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/05/2012

4-Data de Autorização
12/09/2012

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7661145

7-Data Validade da Senha
12/09/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00202510550601536202

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ENZO RIBEIRO ORTIZ

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
LUIS BENEDITO ORTIZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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
Enviar - RX
(I) 85100200

26-Nome do Profissional Executante
ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO

27-Número no CRO
58579

28-UF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00	S 13/07/20				
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00	S 13/07/20				
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OD	1	88,00	0,00	S 06/07/20				
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00	S 29/06/20				
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00	S 29/06/20				
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00	S 29/06/20				
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00	S 06/07/20				
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00	S 06/07/20				
9												
10												
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
515,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
29/06/2012

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
29/06/2012

52-Data, local e Carimbo da Empresa

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.