



301175
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/03/2020 4-Data de Autorização 13/03/2020 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7480741 7-Data Validade da Senha 11/06/2020

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601577402 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome

ANDREIA MACHADO DE SOUZA

25/09/1974

EDSON RICARDO BACHIEGA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOCLIN

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

03090514109

22-Nome do Contratado Executante

LORENA SOUSA BARROS DE FREITAS

26-Nome do Profissional Executante

LORENA SOUSA BARROS DE FREITAS

27-Número no CRO 115114

28-UF SP

29-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	17	1	73,00	0,00	S	13	MAR 2020		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento

13 MAR 2020

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

73,00

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

13 MAR 2020

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

13 MAR 2020

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

13 MAR 2020

53-Data, local e Carimbo da Empresa