



360767
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/08/20	4-Data de Autorização 09/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7805051	7-Data Validade da Senha 18/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 00202510550601046802	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JENIFER PARENTES DO NASCIMENTO		14-Telefone () 37664725	15-Nome do titular do plano ROBSON GOMES DO NASCIMENTO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIA CAROLINA DE OLIVEIRA SIMAS	18-Número no CRO 116653	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36306515852	22-Nome do Contratado Executante MARIA CAROLINA DE OLIVEIRA SIMAS	23-Número no CRO 116653	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante MARIA CAROLINA DE OLIVEIRA SIMAS		27-Número no CRO 116653	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabeta	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
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	20/08/20		Jenifer P.
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S	27/08/20		Jenifer P.
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	27/08/20		Jenifer P.
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	09/09/20		Jenifer P.
5-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	02/09/20		Jenifer P.
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	26/08/20		Jenifer P.
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/09/20	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 366,00	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 09/09/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 09/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------