



371018
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2019	4-Data de Autorização 09/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7852505	7-Data Validação da Senha 07/11/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550600501301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARCIO FERREIRA DOS SANTOS		14-Telefone () - /	15-Nome do titular do plano MARCIO FERREIRA DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA	18-Número no CRO 135995	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06697316683	22-Nome do Contratado Executante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA	23-Número no CRO 135995	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA		27-Número no CRO 135995	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 85100200

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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OD	1	88,00	0,00			07/11/2019		
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	88,00	0,00			07/11/2019		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			07/11/2019		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			07/11/2019		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			07/11/2019		
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			07/11/2019		
7-												
8-												
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 316,00	47-Valor Total R\$ 948,00	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 07/11/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/11/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/11/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/11/2019
---	---	---	---

Lucidayane Goulart de Paula
Cirurgiã Dentista - CRO-SP: 135.995