

2-N°



15

657716
INTERCÂMBIO

--

48- Total Franquia / Co-participação

...sistente e arcar com os custos do que assina esse documento.

07610001

de Suva



Dados do Beneficiário

13-Name
45/02/1994
MARCOS ALESSANDRO MARTINS P

ROBERTA DE ARAUJO SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

N	76-Atendimento a RN
17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	
Id - Número no CNO 55391	
SP	
Faturar Empresa	025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código INES
12 5 0 7 0 4 2 6 8 0 0	ELISABETE MONTEIRO SCHAFER	55391	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-Uf	29-Código CBO S
ELISABETE MONTEIRO SCHAFER Emilie Suter	55391 55391	SP	

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
							30-TantiquadoCupimcupimcupim

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13</																																																																																							

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

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 obrigações decorrentes da mesma, sob pena de anulação da autorização aqui outorgada. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional(s) indicado(s), o valor(s) acordado(s), conforme realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória.

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. Declaro, ainda que o(s) processo(s), descrito(s) acima, e por mim assinado(s), constitui(m) realizado(s) com meu conhecimento e de livre e espontânea vontade.

49. Observação	Valor em R\$ (R\$ 000.000,00)

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

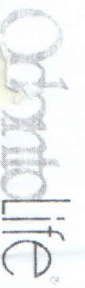
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

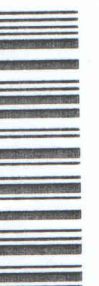
[illegible][illegible]

(



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



648288
INTERCÂMBIO

1-Registro Ato 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/05/2018 12/11 4-Data de Autorização 10/06/2018 12/11 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8902348 7-Data Validade da Santa 10/03/2011 12/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 5105506010978041 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

JOHANNA RODRIGUES DIAS DOS SANTOS

24/07/2003

11-Telefone () 15 8 1 2 3 1 5 6 8 5

15-Nome do titular do plano IDEISA RODRIGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Avencimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER 18-Número no CRO 55391 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

12 5 0 7 0 4 2 1 6 0 0

22-Nome do Contratado Executante ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

23-Número no CRO 55391

24-UF SP

25-Código CNES

26-UF SP

27-Número no CRO 55391

28-UF SP

29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante

ELISABETE MONTEIRO SCHAFER

na Amalia Suiter

30-Valor 55391

31-Valor 55391

32-Valor 55391

33-Valor 55391

34-Valor 55391

35-Valor 55391

36-Valor 55391

37-Valor 55391

38-Valor 55391

39-Valor 55391

40-Valor 55391

41-Valor 55391

42-Valor 55391

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Taberna	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	16,10	0,00	1	28/AGO/2021		JOHANNA
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	16,10	0,00	1	28/AGO/2021		JOHANNA
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	16,10	0,00	1	28/AGO/2021		JOHANNA
4	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	16,10	0,00	1	28/AGO/2021		JOHANNA
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento

28/AGO/2021

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

244,00

47-Valor Total R\$

10,00

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

JOHANNA RODRIGUES DIAS DOS SANTOS

ELISABETE MONTEIRO SCHAFER
CNPJ: 10.636.270/0001-71

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável

28/AGO/2021

JOHANNA

51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante

28/AGO/2021

JOHANNA

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

28/AGO/2021

JOHANNA

53-Data, local e Assinatura da Empresa

28/AGO/2021

JOHANNA

28/AGO/2021

JOHANNA