



465277
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 29/10/11/21	3-Data de Autorização 29/10/11/21	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8248506	6-Data Validade da Serina 29/10/11/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601023401		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome ELEIDE DESIRE STAVALE		14-Telefone 03/11/1957		15-Data Validade da Carteira / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante CEMAO					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 73096334749		22-Nome do Contratado Executante ELISETE MARIA ANTONIASSI		23-Número no CRO 45287	
24-UF SP		25-Código CBO S 11		26-UF SP	
27-Número no CRO 45287		28-UF SP		29-Código CBO S	
20-Código CBO S 11					
25 - Faturar Empresa					
25-Nome do Profissional Executante ELISETE MARIA ANTONIASSI					

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	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	31		1	73,00	0,00			20/04/21		
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	32		1	73,00	0,00			20/04/21		
3	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	33		1	73,00	0,00			20/04/21		
4	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	41		1	73,00	0,00			20/04/21		
5	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	42		1	73,00	0,00			20/04/21		
6	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	43		1	73,00	0,00			20/04/21		
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 438,00	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 20/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/04/21
---	---	---	---

CEMAO
CRO/SP 5502