

391543
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/20	4-Data de Autorização 21/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7940806	7-Data Validade da Senha 05/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202510550601075602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROMULO MAURICIO FONSECA JUNIOR	14-Telefone 24/03/2006 (11) 3104-9014	15-Nome do titular do plano ANELI TEIXEIRA DA SILVA		

16-Atendimento a RPI N	17-Nome do Profissional Solicitante MARCELE SALES CASSALHA	18-Número no CRO 134051	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora (CNPJ) / CPF 01167475011	22-Nome do Contratado Executante MARCELE SALES CASSALHA	23-Número no CRO 134051	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MARCELE SALES CASSALHA		27-Número no CRO 134051	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	21/10/20		Aneli
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 34,00	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-Assinatura e Carimbo do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Assinatura e Carimbo do Cirurgião-Dentista	52-Assinatura e Carimbo do Beneficiário / Responsável	53-Assinatura e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	------------------------------------