



321546
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 08/06/20	4-Data de Autorização 16/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7619298	7-Data Validade da Senha 06/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202510550601626601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome SILVANIA DOS SANTOS NUNES	14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano SILVANIA DOS SANTOS NUNES
--------------------------------------	--------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SIMONE GAMA CARDOSO	18-Número no CRO 66780	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26244334817	22-Nome do Contratado Executante SIMONE GAMA CARDOSO	23-Número no CRO 66780	24-UF SP	25-Código CNES (I) 85100200	26-Nome do Profissional Executante SIMONE GAMA CARDOSO	27-Número no CRO 66780
		28-UF SP	29-Código CBO S (I) 81000421-RPSE (I) 81000421-			

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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/07/20		Sen
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	01/07/20		Sen
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	01/07/20		Sen
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	01/07/20		Sen
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	01/07/20		Sen
6	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	27		1	73,00	0,00		S	07/07/20		Sen
7	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	07/07/20		Sen
8	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	07/07/20		Sen
9	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	09/07/20		Sen
10	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OM	1	88,00	0,00		S	14/07/20		Sen
11	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	D	1	61,00	0,00		S	20/07/20		Sen
12	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	D	1	61,00	0,00		S	23/07/20		Sen
13	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	61,00	0,00		S	28/07/20		Sen
14												Sen
15												Sen

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/07/20	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 560,00	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 20/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--