



319538
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/06/20	4-Data de Autorização 16/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7608024	7-Data Validade da Senha 31/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202510550601282401									
13-Nome MANOEL CARLOS FRASSON				14-Telefone 21/04/1959		15-Nome do titular do plano MANOEL CARLOS FRASSON			

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

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	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	20/07/20		mcf
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	20/07/20		mcf
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	20/07/20		mcf
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	20/07/20		mcf
5	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	26		1	533,00	0,00		S	23/07/20		mcf
6	00811000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	23/07/20		mcf
7	00811000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	23/07/20		mcf
8	00811000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	23/07/20		mcf
9												mcf
10												mcf
11												mc
12												
13												
14												
15												

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 715,00	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	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/07/20, mcf	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------