



436770
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/12/20	4-Data de Autorização 11/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8127366	7-Data Validade da Senha 08/03/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601854101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DORCAS DE CASSIA SILVA		14-Tipo 25/10/1979	15-Telefone (11) 1111-1111	16-Nome do titular do plano DORCAS DE CASSIA SILVA	
Dados do Contratante e Responsável pelo Abastecimento					
17-Endereço do Contratante N	18-Nome do Profissional Solicitante JESSICA MATHIAS DE SOUZA BERCE	19-Número do CRO 113873	20-UF SP	21-Código CBO S 025 -	22-Atividade Faturar Empresa
23-Código da Especialidade 12301151411627	24-Nome do Contratante Exequente JESSICA MATHIAS DE SOUZA BERCE	25-Número do CRO 113873	26-UF SP	27-Código CNES Envir - RX	28-Atividade (IF) 85400262-45
29-Endereço do Profissional Exequente JESSICA MATHIAS DE SOUZA BERCE	30-Número do CRO 113873	31-UF SP	32-Código CBO S		

33-Tabela	34-Código do Procedimento	35-Dia Impl	36-Carte/Região	37-Face	38-Qtd	39-Quantidade US	40-Valor	41-Franquia/Co-participação R\$	42-Aut	43-Data de Realização	44-Motivo da Glosa	45-Assinatura
1	0085402262		PINO PRE-FABRICADO	45	1	118,00	0,00		S	12/12/20		<i>J. Berce</i>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

46-Data de Realização do Tratamento 12/12/20	47-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	48-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	49-Total Quantidade US 118,00	50-Valor Total R\$ 0,00	51-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	---	-----------------------------------	--

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.

52-Observação	53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/12/20	54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/12/20	55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/20	56-Data, local e Carimbo da Empresa 12/12/20
---------------	--	--	--	--

Jessica M. S. Berce
Cirurgiã-Dentista
CRO/SP 113873