



360849
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/08/20	4-Data de Autorização 28/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7805551	7-Data Validade da Senha 18/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550600765901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANDRESSA FERNANDA PEREIRA LISO		14-Telefone 10/04/1980	15-Nome do titular do plano ANDRESSA FERNANDA PEREIRA LISO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIA CAROLINA DE OLIVEIRA SIMAS	18-Número no CRO 116653	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPP 36306515852	22-Nome do Contratado Executante MARIA CAROLINA DE OLIVEIRA SIMAS	23-Número no CRO 116653	24-UF SP	25-Código CHES	Enviar - RX (IF) 85200158-46 (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante MARIA CAROLINA DE OLIVEIRA SIMAS		27-Número no CRO 116653	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabeta	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	20/08/20		Andressa
2-0085200158		TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46		1	53,00	0,00		S	27/08/20		Andressa
3-0085100218		RESTAURAÇÃO RESINA	46	LOD	1	12,00	0,00		S	20/09/20		Andressa
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/09/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 3-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 689,00	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(ram) 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 Favor anexar RX Inicial e Final com os canais dissociados para produção
--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 10/09/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Andressa Liso	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	--	-------------------------------------