



378794
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/09/20	4-Data de Autorização 21/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7886820	7-Data Validade da Senha 18/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601004701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALINE RADUAM SCARPARI	14-Data de Nascimento 24/05/1971	14-Telefone (14) 3589.1348	15-Nome do titular do plano ALINE RADUAM SCARPARI		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA	18-Número no CRO 36455	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora - CNES - CIP 10575503882	22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA	23-Número no CNES 36455	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA	27-Número no CRO 36455	28-UF SP	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UF	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Carga de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
1	0085400246	ÓRTESE MIORRELAXANTE			1	67200	0,00		S	22/09/20	(Assinatura)
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade UF		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia/Co-participação R\$			
/ /	1 Tratamento, 2 Exame Radiológico, 3 Consulta, 4 Urgência/Emergência	1 Total 2-Parcial		67200		0,00					

Declaro, que acima foi sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 da forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Assinatura	50-Data, local e Assinatura do Contratado	51-Data, local e Assinatura do Contratado	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário	53-Data, local e Assinatura da Empresa
	22/09/20 (Assinatura)	22/09/20 (Assinatura)	22/09/20 (Assinatura)	/ /
	Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca CROSP 36.455 Cirurgiã Dentista	Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca CROSP 36.455 Cirurgiã Dentista		