



386916
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 0 9 / 2 0		4-Data de Autorização 0 6 / 1 0 / 2 0		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7923725		7-Data Validade da Senha 2 9 / 1 2 / 2 0					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 1 6 4 8 6 0 0 4 4 3 1 0 1				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CIA HERING MATRIZ		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome EDGARD BISPO DE ANGELIS						14-Telefone 01/05/1980		15-Nome do titular do plano EDGARD BISPO DE ANGELIS							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ROSANA CURCIO				18-Número no CRO 42646		19-UF SP		20-Código CBO S					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 4 5 3 3 5 4 9 8 0 2		22-Nome do Contratado Executante ROSANA CURCIO				23-Número no CRO 42646		24-UF SP		25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante ROSANA CURCIO						27-Número no CRO 42646		28-UF SP		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
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-	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 4 , 0 0	0 , 0 0		S	30/09/20					
2-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	07/10/20					
3-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	07/10/20					
4-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	07/10/20					
5-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	07/10/20					
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		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 1 7 8 , 0 0		47-Valor Total R\$ 33,45		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 30/09/20				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/09/20				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/09/20				53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/09/20			