



309229
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/04/20	4-Data de Autorização 01/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7535602	7-Data Validade da Senha 28/07/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202510550601822904	9-Plano POS REDE PRESTADORA				
13-Nome LIVIA DE OLIVEIRA CHUMAN		14-Telefone () 3551-3366	15-Nome do titular do plano ELIAS MARCELO CHUMAN		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SIMONE GAMA CARDOSO	18-Número no CRO 66780	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26244334817	22-Nome do Contratado Executante SIMONE GAMA CARDOSO	23-Número no CRO 66780	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante SIMONE GAMA CARDOSO		27-Número no CRO 66780	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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03.06.20		Reingela
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	03.06.20		Reingela
3	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	03.06.20		Reingela
4	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00		S	03.06.20		Reingela
5	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	65		1	73,00	0,00		S	03.06.20		Reingela
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data, Previsão Término do Tratamento 16.06.20	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 301,00	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 16.06.20 g	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16.06.20 g	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 16.06.20 Reingela	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------