

327555
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 0 0 1 0 6 1 2 0	4-Data de Autorização 2 3 1 0 6 1 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7648341	7-Data Validade da Senha 1 8 1 0 9 1 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 1 6 9 1 4 0 0 0 0 4 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EXTRAMED ADMINISTRACAO E	11-Data Validade da Carteira _ / _ / _	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CAMILA PELEGRIN FIGUEIREDO		14-Telefone 28/11/2012 () - - - - -	15-Nome do titular do plano CAMILA PELEGRIN FIGUEIREDO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO	18-Número no CRO 58579	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 5 8 7 8 0 3 7 8 0 7	22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO	23-Número no CRO 58579	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO		27-Número no CRO 58579	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 0		S	23/06/20		Camila
2	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6 1 0 0	0 0 0 0		S	06/07/20		Camila
3	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	6 1 0 0	0 0 0 0		S	06/07/20		Camila
4	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6 1 0 0	0 0 0 0		S	29/06/20		Camila
5	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6 1 0 0	0 0 0 0		S	29/06/20		Camila
6	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	6 1 0 0	0 0 0 0		S	24/06/20		Camila
7	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6 1 0 0	0 0 0 0		S	24/06/20		Camila
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 4 0 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	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 _ / _ / _	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa _ / _ / _
--	---	---	--