

641420
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/07/2011	4-Data de Autorização 01/08/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8880853	7-Data Validade da Senha 28/10/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ARTUR JOSE SANTOS PEREIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROSINEIDE APARECIDA DOS SANTOS PEREIRA
--------------------------------------	----------------------	---

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 15878037807	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	02/08/21		Artur Jose
2-												
3-												
4-												
5-												
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 61,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/08/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--