



394216
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/20	4-Data de Autorização 14/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7951489	7-Data Validade da Senha 10/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601360201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome LUCAS DE FRANCA TERRA	14-Telefone 06/09/1994	15-Nome do titular do plano LUCAS DE FRANCA TERRA
----------------------------------	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARCIA SANTANA BORGES	18-Número no CRO 78161	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 27782408881	22-Nome do Contratado Executante MARCIA SANTANA BORGES	23-Número no CRO 78161	24-UF SP	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MARCIA SANTANA BORGES	27-Número no CRO 78161	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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	28/10/20		X
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	28/10/20		X
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	28/10/20		X
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	28/10/20		X
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	28/10/20		X
6-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	28/10/20		X
7-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	28/10/20		X
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/10/20	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 327,00	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 28/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 28/10/20
---	---	---	--

Dra. Marcia S. Borges
Cirurgiã Dentista
CROSP 78161