



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2019	4-Data de Autorização 11/09/2019	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10374436	7-Data Validade da Série 11/08/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

1148391
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

16-Número da Carteira 10102102511051506004421011	18-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome ISABEL RODRIGUES DE LIMA MUNIZ	20-Data de Nascimento 20/06/1965	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do Plano ISABEL RODRIGUES DE LIMA MUNIZ
---	-------------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GIOVANNA FRANCO TINI	18-Número no CRO 120548	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
-------------------------	---	----------------------------	-------------	--------------------------

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 21772138400011918	22-Nome do Contratado Executante GIOVANNA FRANCO ODONTOLOGIA EIRELI	23-Número no CRO 120548	24-UF SP	25-Código CNES 9999999
--	--	----------------------------	-------------	---------------------------

Enviar - RX
(1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante GIOVANNA FRANCO TINI	27-Número no CRO 120548	28-UF SP	29-Código CBO S
--	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Escala	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	0108510021001	RESTAURAÇÃO RESINA	44	OM	1	8,8,0,0	0,0,0	0,0,0	0,0,0	0,0,0	0,0,0	Isabel
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/01/2019	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 8,8,0,0	47-Valor Total R\$ 0,0,0,0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,0,0,0
--	---	--	-----------------------------------	-------------------------------	--

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.

Assinaturas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/2019/12 ISABEL RODRIGUES DE LIMA MUNIZ CRO-SP 120548	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/01/2019/12 ISABEL RODRIGUES DE LIMA MUNIZ CRO-SP 120548	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/01/2019/12 ISABEL RODRIGUES DE LIMA MUNIZ CRO-SP 120548	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	--	---