



415278
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/20	4-Data de Autorização 11/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8037274	7-Data Validade da Senha 07/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550600501303	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome NAOMMY EMILLY DE CARVALHO SANTOS		14-Telefone 01/08/2003	15-Nome do titular do plano MARCIO FERREIRA DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA	18-Número no CRO 135995	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06697316683	22-Nome do Contratado Executante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA	23-Número no CRO 135995	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA		27-Número no CRO 135995	28-UF SP	29-Código CBO S	

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	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			14/11/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			14/11/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			14/11/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAI		1	35,00	0,00			14/11/20		
5	0082001707	ULECTOMIA	37		1	64,00	0,00			14/11/20		
6	0082001707	ULECTOMIA	47		1	64,00	0,00			14/11/20		
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 268,00	47-Valor Total R\$ 80,40	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	Lucidayane Goulart de Paula Cirurgiã Dentista - CRO-SP: 135.995	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Miguel... x ...	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/11/20 Lucidayane Goulart de Paula Cirurgiã Dentista - CRO-SP: 135.995