



381174
INTERCÂMBIO

1-Registro: ANS 4064 4	3-Data de Emissão da Guia 2 2 / 0 9 / 2 0	4-Data de Autorização 2 4 / 0 9 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7896387	7-Data Validade da Senha 2 1 / 1 2 / 2 0
---------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 1 8 5 9 0 0 0 0 0 1 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SIMONE CRISTINA DE LELLIS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EDILSON SOARES COSTA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SIMONE CRISTINA DE LELLIS	

Dados do Contratado: Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a R/I N	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTO SAADE	18-Número no CRO 39569	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 5 5 2 4 2 5 6 8 0 7	22-Nome do Contratado Executante ROBERTO SAADE	23-Número no CRO 39569	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ROBERTO SAADE		27-Número no CRO 39569	28-UF SP	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

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-Assi
1-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	6 1,0 0	0,0 0		S	30/09/20		
2-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	6 1,0 0	0,0 0		S	30/09/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/09/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1 2 2,0 0	47-Valor Total R\$ 0,0 0	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	-------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------

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, 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 referents 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 30/09/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--