



433333
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/12/20	4-Data de Autorização 07/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8113257	7-Data Validade da Senha 03/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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	
8-Número da Carteira 00202510550601787702									
13-Nome MICHELLE CRISTINA RUIZ BARROS				14-Telefone 14/02/2002		15-Nome do titular do plano KATIA ELISA RUIZ			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA MATHIAS DE SOUZA BERCE		18-Número no CRO 113873		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 23015041827		22-Nome do Contratado Executante JESSICA MATHIAS DE SOUZA BERCE		23-Número no CRO 113873		24-UF SP		25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA MATHIAS DE SOUZA BERCE				27-Número no CRO 113873		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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DP	1	88,00	0,00		S	08/12/20		Michelle Ruiz
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	08/12/20		Michelle Ruiz
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	08/12/20		Michelle Ruiz
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	08/12/20		Michelle Ruiz
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	08/12/20		Michelle Ruiz
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 232,00	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 08/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/12/20 Michelle Ruiz	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/12/20
---------------	--	---	---	---	---

Jessica M. S. Berce
Cirurgiã-Dentista
CRO/SP 113873