



360675
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/08/20	4-Data de Autorização 08/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7804851	7-Data Validade da Senha 18/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550600409101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSE ROBERTO LAFAIETE BASTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSE ROBERTO LAFAIETE BASTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIA CAROLINA DE OLIVEIRA SIMAS	18-Número no CRO 116653	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36306515852	22-Nome do Contratado Executante MARIA CAROLINA DE OLIVEIRA SIMAS	23-Número no CRO 116653	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200158-26
26-Nome do Profissional Executante MARIA CAROLINA DE OLIVEIRA SIMAS		27-Número no CRO 116653	28-UF SP	29-Código CBO S (IF) 85200140-27

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-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	26		1	533,00	0,00		S	01/09/20		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	08/09/20		
3-	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	27		1	333,00	0,00		S	01/09/20		
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	08/09/20		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/10/20	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 988,00	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 08/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------