



376152
INTERCÂMBIO

1-Resposta ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 15/10/2019	3-Data de Autorização 19/09/2019	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7874807	6-Data Validade da Senha 14/11/2019
Dados do Beneficiário					
7-Atividade do Beneficiário 00202510550601180202	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	10-Data Validade da Carteira / /	11-Número do Cartão Nacional de Saúde	
12-Nome SILVANA MARIA PEREIRA DE MORAES		13-Data de Nascimento 29/09/1974	14-Telefone (11) 3572-2362	15-Nome do titular do plano CLAUDIO APARECIDO MORAES	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA		18-Número no CRO 36455	19-UF SP	20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora - CNM - CPE 10575503882	22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA		23-Número no CRO 36455	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA		27-Número no CRO 36455	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 Gênia	42-Assinatura
1	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/09/20		Silvana
2	00840000198	PROFILAXIA POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	24/09/20		Silvana
3	00840000198	PROFILAXIA POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	24/09/20		Silvana
4	00840000198	PROFILAXIA POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	24/09/20		Silvana
5	00840000198	PROFILAXIA POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	24/09/20		Silvana
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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia + Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 24/09/2019 Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca CROSP 36.455 Cirurgião Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/09/2019 Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca CROSP 36.455 Cirurgião Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/09/2019 Silvana M. P. de M.	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--