



456675
INTERCAMBIO

1- Registro AAS 406414 2- Data de Emissão de Guia 19/10/21 3- Data de Autuação 08/11/21 4- Série AUTORIZADO 5- Número de Guia Principal 8208291 6- Data Válida de Série 19/10/21 7- Data Válida de Guia 19/10/21

8- Número de Carteira 000202510550601485303 9- Plano POS REDE PRESTADORA 10- Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11- Data Válida de Carteira 12- Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome MARCO ANTONIO MARGARIDA DA SILVA 14- Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento 30/07/2002 15- Nome do titular do plano CRISTIANA APARECIDA DA SILVA MARGARIDA 16- Atendimento a RN 17- Nome do Profissional Solicitante AGATA VENTURA DORTA 18- Número no CRO 117869 19- UF SP 20- Código CRO S 025 - Faturar Empresa 21- Código na Operadora / ONO / CPE 143085402837 22- Nome do Contratado Encarregado AGATA VENTURA DORTA 23- Número no CRO 117869 24- UF SP 25- Código CRO S 26- Nome do Profissional Encarregado AGATA VENTURA DORTA 27- Número no CRO 117869 28- UF SP 29- Código CRO S

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fica	35- CID	36- Quantidade US	37- Valor	38- Frangível/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glor	42- Assinatura
1-0	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3,4	0,00					
2-0	085300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL	HA	1		3,6	0,00					
3-0	085300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL	HA	1		3,6	0,00					
4-0	085300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL	HA	1		3,6	0,00					
5-0	085300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL	HA	1		3,6	0,00					
6-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	HA	1		6,1	0,00					
7-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	HA	1		6,1	0,00					
8-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	HA	1		6,1	0,00					
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												
43- Data Prevista Término do Tratamento	44- Tipo de Atendimento	45- Tipo de Faturamento	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	48- Total Frangível / Co-participação R\$							
	1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	1- Total 2- Parcela		3,61,00								

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, 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(a) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/vão 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 este 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 Beneficiário / Responsável 08/11/2021/21 2. Marcel 51- Data, local e Assinatura do Contratado Encarregado 08/11/2021/21 11. AGATA VENTURA DORTA 52- Data, local e Assinatura do Profissional 08/11/2021/21 11. AGATA VENTURA DORTA