



451802
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/21	4-Data de Autorização 14/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8187441	7-Data Validade da Senha 12/04/21
8-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SUELLEN CRISTINA ZAMPRONIO CALIMERIO			14-Telefone () 2463-5708	15-Nome do titular do plano SUELLEN CRISTINA ZAMPRONIO CALIMERIO	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante ETHEL CHRISTINA SFEIR					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22265337889		22-Nome do Contratado Executante ETHEL CHRISTINA SFEIR		23-Número no CRO 86205	
24-Nome do Profissional Executante ETHEL CHRISTINA SFEIR		27-Número no CRO 86205		28-UF SP	
				29-Código CBO S	
				20-Código CBO S	
				24-UF SP	
				25-Código CNES	
				025 - Faturar Empresa	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fact	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.	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	14/01/21		Suellen
2.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	16/01/21		Suellen
3.	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	15/01/21		Suellen
4.	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	15/01/21		Suellen
5.	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	15/01/21		Suellen
6.	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	15/01/21		Suellen
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Prevista 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 235,00	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), 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 Alterada a Guia de temporária para definitiva.	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/01/21 Ethel C. Sfeir	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/01/21 Suellen	52-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	--