



447739
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/01/21	4-Data de Autorização 11/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8172732	7-Data Validade da Senha 05/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202510550601161801		9-Plano POS REDE PRESTADORA					
13-Nome SONIA MARIA MAGALHAES DA SILVA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano SONIA MARIA MAGALHAES DA SILVA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 86205		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ETHEL CHRISTINA SFEIR		23-Número no CRO 86205		24-UF SP	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 222615337889		22-Nome do Contratado Executante ETHEL CHRISTINA SFEIR		25-Código CNEB		Faturar Empresa	
26-Nome do Profissional Executante ETHEL CHRISTINA SFEIR		27-Número no CRO 86205		28-UF SP		29-Código CBO S	
						Enviar - RX (I) 85100/00 (I) 81030421-RPID (I) 85100/00 (I) 81030421-R.I (I) 81000/21-	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	11/01/21		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	31	ML	1	88,00	0,00		S	18/01/21		
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	41	ML	1	88,00	0,00		S	18/01/21		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	20/01/21		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	20/01/21		
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	20/01/21		
7	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	20/01/21		
8	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	20/01/21		
9	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	20/01/21		
10	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	20/01/21		
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 392,00	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 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 Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/01/21 Ethel C. Sfeir	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/01/21 Sonia Maria Magalhães	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

CLIENTE: Sônia Maria Magalhães da Silva

Rx Individual

INDICAÇÃO: _____

Nº	
DATA	20/01/21

OBS.: _____



44131

D										S										E											
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8