



347768
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 9 / 0 7 / 2 0	4-Data de Autorização 2 9 / 0 7 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7745101	7-Data Validade da Senha 2 7 / 1 0 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		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 APARECIDO PEREIRA JUNIOR				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ROSINEIDE APARECIDA DOS SANTOS PEREIRA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO	18-Número no CRO 58579	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 5 8 7 8 0 3 7 8 0 7	22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO	23-Número no CRO 58579	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218 (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO		27-Número no CRO 58579	28-UF SP	29-Código CBO S

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-	0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	46	VOM	1	1 2 2 0 0	0,00		S	31/07/20		
2-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	6 1 0 0	0,00		S	31/07/20		
3-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMID		1	1 4 0 0	0,00		S	31/07/20		
4-												
5-												
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 1 9 7 0 0	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--