

367366
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/08/20	4-Data de Autorização 01/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7836871	7-Data Validade da Senha 29/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202510550600257401	9-Plano POS REDE PRESTADORA			
13-Nome MARIA JOSE CAMILO DE SOUZA MACIEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA JOSE CAMILO DE SOUZA MACIEIRA	
		04/02/1960		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 58579	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15878037807	22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO	23-Número no CRO 58579	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100226 (I) 85100218 (I) 81000421-RPSE
26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO		27-Número no CRO 58579	28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 85100226 (I) 81000421- (I) 85100218 (I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
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\$							
1	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MODV	1	122,00	0,00					S	03/09/20		
2	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	37	MDOV	1	122,00	0,00					S	/ /		
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	27	MOD	1	122,00	0,00					S	28/09/20		
4	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	24	ODV	1	122,00	0,00					S	05/10/20		
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00					S	03/09/20		
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00					S	03/09/20		
7	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00					S	03/09/20		
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 530,00	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 03/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	---	---	--