



433447
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/12/20	4-Data de Autorização 08/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8113661	7-Data Validade da Senha 03/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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	
8-Número da Carteira 00202510550601340701									
13-Nome SONIA MARLY FERNANDES VITORIO				14-Telefone (11) 4783-2060		15-Nome do titular do plano SONIA MARLY FERNANDES VITORIO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 40717		19-UF SP		20-Código CBO 8		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO ANDREOTTI							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10298778823		22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO ANDREOTTI		23-Número no CRO 40717		24-UF SP		25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200158-27 (I) 81000421-	
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO ANDREOTTI				27-Número no CRO 40717		28-UF SP		29-Código CBO 8	

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-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	27		1	533,00	0,00			23/12/20		<i>Sonia</i>
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			23/12/20		<i>Sonia</i>
3-												
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 547,00	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 23/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--