



376161
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 15/10/2019 4-Data de Autorização 19/10/2019 5-Será Autorizado 6-Número da Guia Principal 7874863 7-Data Validade da Semha 14/12/2019

8-Número da Carteira 0020251050601024402 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome CAROLINE RAFAELA F DE MORAES DA SILVA 14-Telefone 05/06/1986 15-Nome do titular do plano JOSE ALEXANDRE DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA 18-Número no CRO 36455 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 105755003882 22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA 23-Número no CRO 36455 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA 27-Número no CRO 36455 28-UF SP 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Doneis/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cita	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	10,00		S	21/09/2019		[Assinatura]
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	10,00		S	21/09/2019		[Assinatura]
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	10,00		S	21/09/2019		[Assinatura]
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	10,00		S	21/09/2019		[Assinatura]
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	10,00		S	21/09/2019		[Assinatura]
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial 46-Totál Quantidade US 174,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Totál Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca
CROSP 36.455
Cirurgiã Dentista

Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca
CROSP 36.455
Cirurgiã Dentista

[Assinatura]