



317570
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2012	4-Data de Autorização 02/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7597997	7-Data Validade da Senha 26/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025105506009134011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MAGDA LUCIA ARAUJO ROCHA MARTINS 10/09/1965		14-Telefone (11) 9736-2226	15-Nome do titular do plano MAGDA LUCIA ARAUJO ROCHA MARTINS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SIMONE GAMA CARDOSO	18-Número no CRO 66780	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26244334817	22-Nome do Contratado Executante SIMONE GAMA CARDOSO	23-Número no CRO 66780	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante SIMONE GAMA CARDOSO		27-Número no CRO 66780	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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/07/20		Martins
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	06/07/20		Martins
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	06/07/20		Martins
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	06/07/20		Martins
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	06/07/20		Martins
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	61,00	0,00		S	06/07/20		Martins
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/07/20	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 235,00	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 06/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 06/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--