



540024
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/05/21	4-Data de Autorização 10/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8544738	7-Data Validade da Senha 01/08/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550600045003	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome NIKELLY RAMOS OSTROVSKI	14-Telefone (15) 3522-4756	15-Nome do titular do plano JORGE OSTROVSKI
------------------------------------	-------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA PEDROSO HUPPES	18-Número no CRO 115048	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	----------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 42864084856	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA PEDROSO HUPPES	23-Número no CRO 115048	24-UF SP	25-Código CNES
--	---	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante FLAVIA PEDROSO HUPPES	27-Número no CRO 115048	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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			03/05/21		Nikelly
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			03/05/21		Nikelly
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			03/05/21		Nikelly
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			03/05/21		Nikelly
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00			03/05/21		Nikelly
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00			03/05/21		Nikelly
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00			03/05/21		Nikelly
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/05/21	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 327,00	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 03/05/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/05/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/05/21 Nikelly RO	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/05/21
---	---	--	---

Dra. Flávia P. Huppés
CIRURGIÁ DENTISTA
CRO - SP 115.048

Dra. Flávia P. Huppés
CIRURGIÁ DENTISTA
CRO - SP 115.048