

422846
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/20	4-Data de Autorização 03/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8069046	7-Data Validade da Senha 17/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601243601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NATASHA DE ALMEIDA SOUZA GOULART MACHADO		14-Telefone (11) 9421-8753	15-Nome do titular do plano NATASHA DE ALMEIDA SOUZA GOULART MACHADO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTO SAADE	18-Número no CRO 39569	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05524256807	22-Nome do Contratado Executante ROBERTO SAADE	23-Número no CRO 39569	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ROBERTO SAADE		27-Número no CRO 39569	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-Assi
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	19/11/20		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	19/11/20		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	26/11/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/12/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/12/20		
6-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/12/20		
7-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	03/12/20		
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/12/20	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 253,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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 p 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 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 03/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--