



378789
INTERCÂMBIO

1-Registro AMS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/09/2019		4-Data de Autorização 21/09/2019		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7866808		7-Data Validade da Senha 11/08/2021	
Dados do Beneficiário						8-Plano POS REDE PRESTADORA					
8-Número da Carteira 0020225105506012995011						10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA					
13-Nome DARCI NUNES PEREIRA						14-Telefone (11) 4135721772					
15-Data Validade da Carteira 11/08/2021						12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Agendamento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA		22-Nome do Contratado Executante 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 110575503882		23-Número no CRO 36455		24-UF SP		25-Código CNES (1) 81000421-RPSE		26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA		27-Número no CRO 36455	
28-UF SP		29-Código CBO S		36-Franquia/Co-participação R\$		38-Ant 40-Data de Realização		41-Motivo da Glicia		42-Assinatura	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-00		82000875		EXODONTIA SIMPLES DE		24		1		7300	
2-00		81000421		RX PERIAPICAL		RPSE		1		1400	
3-00											
4-00											
5-00											
6-00											
7-00											
8-00											
9-00											
10-00											
11-00											
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											
43-Data Prevista Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Exame Radiológico		3-Ortodontia		4-Urgência/Emergência		46-Tipo de Faturamento	
11/11/19		1-Tratamento Odontológico		2-Exame Radiológico		3-Ortodontia		4-Urgência/Emergência		46-Tipo de Faturamento	
										47-Valor Total R\$	
										48-Valor Total R\$	
										49-Valor Total R\$	
										50-Valor Total R\$	
										51-Valor Total R\$	
										52-Valor Total R\$	
										53-Valor Total R\$	
										54-Valor Total R\$	
										55-Valor Total R\$	
										56-Valor Total R\$	
										57-Valor Total R\$	
										58-Valor Total R\$	
										59-Valor Total R\$	
										60-Valor Total R\$	
										61-Valor Total R\$	
										62-Valor Total R\$	
										63-Valor Total R\$	
										64-Valor Total R\$	
										65-Valor Total R\$	
										66-Valor Total R\$	
										67-Valor Total R\$	
										68-Valor Total R\$	
										69-Valor Total R\$	
										70-Valor Total R\$	
										71-Valor Total R\$	
										72-Valor Total R\$	
										73-Valor Total R\$	
										74-Valor Total R\$	
										75-Valor Total R\$	
										76-Valor Total R\$	
										77-Valor Total R\$	
										78-Valor Total R\$	
										79-Valor Total R\$	
										80-Valor Total R\$	
										81-Valor Total R\$	
										82-Valor Total R\$	
										83-Valor Total R\$	
										84-Valor Total R\$	
										85-Valor Total R\$	
										86-Valor Total R\$	
										87-Valor Total R\$	
										88-Valor Total R\$	
										89-Valor Total R\$	
										90-Valor Total R\$	
										91-Valor Total R\$	
										92-Valor Total R\$	
										93-Valor Total R\$	
										94-Valor Total R\$	
										95-Valor Total R\$	
										96-Valor Total R\$	
										97-Valor Total R\$	
										98-Valor Total R\$	
										99-Valor Total R\$	
										100-Valor Total R\$	

Declaramos, 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. Declaramos, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

20/11/2019

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

20/11/2019

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

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

20/11/2019

53-Data, local e Carimbo da Empresa