



358525
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/18 12:01	4-Data de Autorização 19/10/18 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7794894	7-Data Validade da Senha 15/11/18 12:01
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601024401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/18	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOSE ALEXANDRE DA SILVA		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano JOSE ALEXANDRE DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RV N	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 10575503882	22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA		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
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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00	0,00	S	21/09/20		AmAmg
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/18	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 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, 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(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.

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 21/11/20 [Assinatura] Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca CROSP 36.455 Cirurgiã Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/20 [Assinatura] Dr. Adriana S. Jordani M. Fonseca CROSP 36.455 Cirurgiã Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 21/11/20 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/18
---	--	--	---