



1287714
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/01/23	4-Data de Autorização 18/01/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10745895	7-Data Validade de Senha 09/04/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202510550601793002		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome VANESSA RODRIGUES	14-Telefone 28/02/1979	15-Nome do titular do plano EVALDO BATISTA
------------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 132162	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
---	--	----------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36141268897	22-Nome do Contratado Executante TALITA SENA DELGADO FERNANDES	23-Número no CRO 132162	24-UF SP	25-Código CNES
--	---	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante TALITA SENA DELGADO FERNANDES	27-Número no CRO 132162	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	20/01/23		x
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	20/01/23		x
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	20/01/23		x
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	20/01/23		x
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	20/01/23		x
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 178,00	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 no 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 20/01/23	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/01/23	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/01/23	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/01/23
---	---	---	---

Dra. Talita SENA FERNANDES
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 132162