



298137
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/03/20	4-Data de Autorização 11/03/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7464409	7-Data Validade da Senha 07/06/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202510550601511501		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome VILMARA TAVARES ALVES ALBRECHT	14-Telefone (18) 3324-6676	15-Nome do titular do plano VILMARA TAVARES ALVES ALBRECHT
---	-------------------------------	---

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO		18-Número no CRO 58579	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15878037807		22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO		23-Número no CRO 58579	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO		27-Número no CRO 58579		28-UF SP	29-Código CBO S (I) 85100200 (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100421-RIS (I) 81000421-RPID (I) 81000421-	

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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DP	1	88,00	0,00		S	18/03/20		fallueta
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MDP	1	122,00	0,00		S	18/03/20		fallueta
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	ODM	1	122,00	0,00		S	18/03/20		fallueta
4	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	15	MOD	1	122,00	0,00		S	18/03/20		fallueta
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	13	DP	1	88,00	0,00		S	11/03/20		fallueta
6	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	45	MDO	1	122,00	0,00		S	11/03/20		fallueta
7	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	11/03/20		fallueta
8	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	11/03/20		fallueta
9	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	11/03/20		fallueta
10	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00		S	11/03/20		fallueta
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 720,00	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 Fotos analisadas.	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/03/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 11/03/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
------------------------------------	--	---	---	--

183,90