

435340
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/2012	4-Data de Autorização 08/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8120667	7-Data Validade da Senha 05/10/31/21
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202510550600323802	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11		
13-Nome GABRIEL MORAIS DIAS BAPTISTA		14-Telefone (11) 8133713513	15-Nome do titular do plano MIGUEL DIAS BAPTISTA NETO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
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 11878037807	22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO	23-Número no CRO 58579	24-UF SP	25-Código CNES (I) 85100200	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO		27-Número no CRO 58579	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
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\$					
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	P	1	61,00	0,00				10/12/20		dfm
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00				18/12/20		dfm
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00				10/12/20		dfm
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00				18/12/20		dfm
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00				18/12/20		dfm
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	88,00	0,00				10/12/20		dfm
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 393,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/12/20 Miguel Dias Baptista Neto	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11