



323727
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012	4-Data de Autorização 17/06/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7630654	7-Data Validade da Senha 10/09/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202510550601664902									
13-Nome CLEUSA APARECIDA MACEDO BROTAS				14-Telefone () 8684-9774		15-Nome do titular do plano JOSE DE OLIVEIRA BROTAS			

Dados de Contratação Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 67946		19-UF SP		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARI						Enviar - RX	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16818324886		22-Nome do Contratado Executante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARI		23-Número no CRO 67946		24-UF SP		25-Código CNES (I) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARI		27-Número no CRO 67946		28-UF SP		29-Código CBO S		(I) 85100200	

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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	88,00	0,00			S	17/06/2012		Cleusa
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	48	OM	1	88,00	0,00			S	17/06/2012		Cleusa
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/06/2012	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 176,00	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		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/06/2012 Fabiana P. F. Scompari CRO 67946		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/06/2012 Cleusa Brotas		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
---------------	--	--	--	--	--	-------------------------------------	--