



323738
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 2 / 0 6 / 2 0	4-Data de Autorização 1 6 / 0 6 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7630693	7-Data Validade da Senha 1 0 / 0 9 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 0 1 8 7 6 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	
13-Nome FERNANDA ALBERNAZ ANTUNES		14-Telefone (1 1) 0 0 0 0 0 0 0 0	15-Nome do titular do plano FERNANDA ALBERNAZ ANTUNES

Dados do Contratado 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 SCOMPARIM	23-Número no CRO 67946	24-UF SP	25-Código CNES Envia - RX (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 6 8 1 8 3 2 4 8 8 6	22-Nome do Contratado Executante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARIM	27-Número no CRO 67946	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARIM				

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-	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0 0 0 0			1 6 / 0 6 / 2 0		
2-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3 5 0 0	0 0 0 0			1 6 / 0 6 / 2 0		
3-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3 5 0 0	0 0 0 0			1 6 / 0 6 / 2 0		
4-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3 5 0 0	0 0 0 0			1 6 / 0 6 / 2 0		
5-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3 5 0 0	0 0 0 0			1 6 / 0 6 / 2 0		
6-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OM	1	8 8 0 0	0 0 0 0			2 3 / 0 6 / 2 0		
7-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	17	MO	1	8 8 0 0	0 0 0 0			2 3 / 0 6 / 2 0		
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 1 6 / 0 6 / 2 0	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 3 5 0 0 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	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 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 1 6 / 0 6 / 2 0	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 1 6 / 0 6 / 2 0	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 1 6 / 0 6 / 2 0	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	--	-------------------------------------