



297028
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/03/20	4-Data de Autorização 10/03/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7457303	7-Data Validade da Senha 03/06/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 00202510550601430502									
13-Nome OSCAR DIAS JUNIOR		25/10/1965		14-Telefone () 3688-1492		15-Nome do titular do plano DENISE APARECIDA MORETI DIAS			

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 SCOMPARI							
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	

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	MD	1	88,00	0,00		S	10/03/20		
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MD	1	88,00	0,00		S	10/03/20		
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MD	1	88,00	0,00		S	17/03/20		
4-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MD	1	88,00	0,00		S	17/03/20		
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	D	1	61,00	0,00		S	19/03/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/03/20	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 413,00	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 19/03/20, Dra. Fabiana P. R. Scomparim, CRO 67946		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/03/20, Dra. Fabiana P. R. Scomparim, CRO 67946		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/03/20, Denise Aparecida Moreti Dias		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
---------------	--	--	--	--	--	---	--	-------------------------------------	--

Dra. Fabiana P. R. Scomparim
Cirurgiã Dentista
CRO 67946

Dra. Fabiana P. R. Scomparim
Cirurgiã Dentista
CRO 67946