



318143
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/05/20	4-Data de Autorização 08/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7600073	7-Data Validade da Senha 27/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 00202510550601163501		13-Nome GABRIELA NASCIMENTO SILVA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano GABRIELA NASCIMENTO SILVA			

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	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16818324886		22-Nome do Contratado Executante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARIM		27-Número no CRO 67946		28-UF SP		29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARIM								Enviar - RX (I) 85100200 (II) 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	25	MO	1	88,00	0,00			S	08/06/20		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	DM	1	88,00	0,00			S	08/06/20		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00			S	29/06/20		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00			S	29/06/20		
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/06/20	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 298,00	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		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/06/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/06/20		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
---------------	--	---	--	---	--	-------------------------------------	--