



323772
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 2 / 0 6 / 1 2 0	4-Data de Autorização 1 7 / 0 6 / 1 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7630827	7-Data Validade da Senha 1 0 / 0 9 / 1 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 1 6 6 5 0 4		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MIGUEL ATILA GABRIEL DA SILVA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SINTIA PEREIRA DA SILVA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARIM		18-Número no CRO 67946	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 6 8 1 8 3 2 4 8 6		22-Nome do Contratado Executante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARIM		23-Número no CRO 67946	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARIM				27-Número no CRO 67946	28-UF SP	29-Código CBO S	

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	0,00			17/06/20		
2-	0 0 8 4 0 0 0 0 9 0	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	7 2 0 0	0,00			17/06/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/06/20	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 1 0 6 0 0	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 17/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	---	---	---	-------------------------------------