



323722
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 7630626	7-Data Validade da Senha 1 0 / 0 9 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

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 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 7 2 9 7 0 1		13-Nome ANGELA NUNES PEREIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANGELA NUNES PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARI	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 8 6	22-Nome do Contratado Executante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARI	23-Número no CRO 67946	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARI		27-Número no CRO 67946	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	6 1,0 0	0,0 0		S	1 6 / 0 6 / 2 0		Angela
2												
3												
4												
5												
6												
7												
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 6 1,0 0	47-Valor Total R\$ 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 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 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
---------------	--	--	--	--	-------------------------------------