



338767
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/07/2012	4-Data de Autorização 28/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7702806	7-Data Validade da Senha 12/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202510550601163502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano GABRIELA NASCIMENTO SILVA	
13-Nome JULIA NASCIMENTO MUNIZ		15/04/2014			

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					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição									
1-00810000065		CONSULTA ODONTOLOGICA									
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/07/2012	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 34,00	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 28/07/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/07/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	-------------------------------------