



309167
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 8 / 0 4 / 2 0	4-Data de Autorização 0 5 / 0 5 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7535549	7-Data Validade da Senha 2 7 / 0 7 / 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 6 0 1 1 0 1		13-Nome LUZIA BEZERRA DE MENEZES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUZIA BEZERRA DE MENEZES	

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	23-Número no CRO 67946		24-UF SP	25-Código CNES	
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		27-Número no CRO 67946		28-UF SP
26-Nome do Profissional Executante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARI				29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										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	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor							
1	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 , 0 0	0 , 0 0				S	0 5 / 0 5 / 2 0		
2	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0				S	0 5 / 0 5 / 2 0		
3	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0				S	0 5 / 0 5 / 2 0		
4	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0				S	0 5 / 0 5 / 2 0		
5	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0				S	0 5 / 0 5 / 2 0		
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

43-Data Previsão/Término do Tratamento 0 5 / 0 5 / 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 1 7 8 , 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		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 0 5 / 0 5 / 2 0 Dra. Fabiana P. Scompari Cirurgiã Dentista CRO 67946	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 0 5 / 0 5 / 2 0 Luzia Bezerra de Menezes	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	--	--