



310484
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/20	4-Data de Autorização 11/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7542929	7-Data Validade da Senha 03/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 00202510550601601101	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUZIA BEZERRA DE MENEZES	14-Telefone () -
15-Data Validade da Carteira / /	15-Nome do titular do plano LUZIA BEZERRA DE MENEZES

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 16818324886	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													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\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
1-	0	0	8	2	0	0	0	8	5	9																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		</

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/05/20	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 73,00	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/05/20 Jra. Fabiana P. Scomparim Cirurgia Dentista CRO 67946	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/20 Jra. Fabiana P. Scomparim Cirurgia Dentista CRO 67946	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/20 Luzia Bezerra de Menezes	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------