



309168
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 8 / 1 0 4 / 2 0	4-Data de Autorização 0 8 / 1 0 5 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7535552	7-Data Validade da Senha 2 7 / 1 0 7 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 6 9 7 3 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira _ / _ / _	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LEANDRO SEGOBIA GARBIM			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LEANDRO SEGOBIA GARBIM		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		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 8 6		22-Nome do Contratado Executante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARIM		23-Número no CRO 67946	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
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 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	6 1 0 0	0,00		S	08/05/20		
2-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	6 1 0 0	0,00		S	08/05/20		
3-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	8 8 0 0	0,00		S	08/05/20		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/05/20	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 2 1 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 08/05/20 <i>Dra. Fabiana P. Scomparim</i> Cirurgiã Dentista CRO 67946	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/05/20 <i>Dra. Fabiana P. Scomparim</i> Cirurgiã Dentista CRO 67946	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 08/05/20 <i>Leandro Segobia Garbim</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------