



396152
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/20	4-Data de Autorização 21/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7959697	7-Data Validade da Senha 12/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550600454901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CICERA DUTRA		14-Telefone 29/03/1971 () -	15-Nome do titular do plano CICERA DUTRA	

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 16818324886	22-Nome do Contratado Executante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARIM	23-Número no CRO 67946	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARIM		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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	21/10/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	21/10/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	21/10/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	21/10/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	21/10/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/10/20	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 178,00	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 _/_/__/__	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/20 Dra. Fabiana P. Scomparim CRO 67946	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa _/_/__/__
--	---	---	--