



367682
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/09/20	4-Data de Autorização 23/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7838318	7-Data Validade da Senha 30/11/20
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 00202528136300000101		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome ROSILENE FERREIRA DA SILVA	
14-Telefone 01/12/1982		15-Nome do titular do plano ROSILENE FERREIRA DA SILVA		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		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1681832486		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		30-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	

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 ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/10/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/10/20	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 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	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/10/20	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/20	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------