



358493
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/08/20	4-Data de Autorização 16/09/20	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7794729	7-Data Validade da Serção 15/11/20
8-Número da Carteira 00202531279500000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TATIANE MONTEFUSCO DE SOUZA		14-Telefone 02/04/1985	15-Data Validade da Serção ()	16-Nome do Titular do plano TATIANE MONTEFUSCO DE SOUZA	
17-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento					
18-Atendimento a RN N	19-Nome do Profissional Solicitante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARIM		20-Número no CRO 67946	21-UF SP	22-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 168118324886		24-Nome do Contratado Executante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARIM		25-Número no CRO 67946	26-UF SP
27-Nome do Profissional Executante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARIM		28-Número no CRO 67946		29-UF SP	30-Código CBO S

31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente/Região	35-Face	36-Qtd	37-Quantidade US	38-Valor	39-Franquia/Co-participação R\$	40-Aut	41-Data de Realização	42-Motivo da Guisa	43-Assinatura
1-00	810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			16/09/20		Tatiane
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			16/09/20		Tatiane
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			16/09/20		Tatiane
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			16/09/20		Tatiane
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			16/09/20		Tatiane
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
44-Data Previsto Término do Tratamento 16/09/20	45-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência		46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		47-Total Quantidade US 178,00		48-Valor Total R\$ 0,00		49-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(ram) 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/09/20 FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARIM CRO 01246	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/09/20 Tatiane	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--