



395433  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 4 / 1 0 / 2 0	4-Data de Autorização 1 1 / 1 1 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7956481	7-Data Validade da Senha 1 2 / 0 1 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 7 4 4 7 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 SONIA DJANIRA SILVERIO COSTA	14-Telefone ( ) -
15-Data de Nascimento 07/12/1965	15-Nome do titular do plano SONIA DJANIRA SILVERIO COSTA

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	
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-	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 4,0 0	0,0 0			S 13/11/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/11/20	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 3 4,0 0	47-Valor Total R\$ 0,0 0	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 13/11/20 Dra. Fabiana F. Scomparim Cirurgião Dentista CRO 67946	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	---	---	--