



401694
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/20	4-Data de Autorização 31/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7982405	7-Data Validade da Senha 20/11/21
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 00202510550600897701				12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOSE ANTONIO ALVES DE OLIVEIRA		14-Telefone (11) 4188-7500		15-Nome do titular do plano JOSE ANTONIO ALVES DE OLIVEIRA	
		29/07/1965			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			18-Número no CRO 67946		
16-Atendimento a RN N			19-UF SP		
17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARI			20-Código CBO S		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16818324886			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		
			025 - Faturar Empresa		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição									
1-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00	0,00		31/10/20		
2-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00		31/10/20		
3-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00		31/10/20		
4-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	61,00	0,00		31/10/20		
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 31/10/20	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 244,00	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 31/10/20 F. Scompari CRO 67946	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--