

TERMO DE CONSENTIMENTO
ENDODÔNTIA

ATESTO QUE O TRATAMENTO OU RETRATAMENTO ENDODÔNTICO DO DENTE 15
DO(A) PACIENTE [assinatura] FOI
CONCLUÍDO, PORÉM A OBTURAÇÃO DO(S) CONDUTO(S) APRESENTAM-SE:

SUB-OBTURADO(S) — MM NO(S) CONDUTO(S) —

SOBRE-OBTURADO(S) — MM NO(S) CONDUTOS(S) —

COM LIMA FRATURADA NO TERÇO — DO(S) CONDUTO(S) —

ELEMENTO COM LESÃO PERIAPICAL PRÉ-EXISTENTE.

OBS: —

—

—

COMPROMETO-ME A FAZER ACOMPANHAMENTO CLÍNICO E RADIOGRÁFICO DE 6/6
MESES ENQUANTO HOUVER NECESSIDADE DE REAVALIAÇÃO.

O PACIENTE ESTÁ INFORMADO DA SITUAÇÃO E DE SUAS POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS.

SE NECESSÁRIO, FAVOR AUTORIZAR LIBERAÇÃO DE PRÓTESE.

ASS. PACIENTE: [assinatura]

CIRURGIÃO DENTISTA: —

Dra. Fabiana R. E. Scomparim
Cirurgiã Dentista
CRO 67946

DATA 14/09/20



374665
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 4 / 1 0 9 / 2 0	4-Data de Autorização 1 4 / 1 0 9 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7867921	7-Data Validade da Senha 1 3 / 1 2 / 2 0
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 0 8 3 5 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 MADALENA BISPO DOS SANTOS		14-Telefone (11) 7 4 1 1 0 2 4 2	15-Nome do titular do plano MADALENA BISPO DOS SANTOS		
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	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 SCOMPARI	23-Número no CRO 67946	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200166-15
26-Nome do Profissional Executante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARI		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 5 2 0 0 1 6 6	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	15		1	2 5 8 0 0	0,00	0,00		3 4 / 0 9 / 2 0		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 3 4 / 0 9 / 2 0	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 2 5 8 0 0	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 3 4 / 0 9 / 2 0	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 3 4 / 0 9 / 2 0 Dra. Fabiana P. F. Scompari CRO 67946	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 3 4 / 0 9 / 2 0	53-Data, local e Carimbo da Empresa 3 4 / 0 9 / 2 0 Dra. Fabiana P. F. Scompari CRO 67946
---------------	--	--	--	--