



365976
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2/8/10 8/12/0	4-Data de Autorização 1/3/11 1/2/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7830362	7-Data Validade da Senha 2/6/11 1/2/0
--------------------------	--	---------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202527914700033801		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LEJI INTERMEDIACAO S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome THAYNA LARISSA DE SOUZA GATINHO		14-Telefone 01/05/1989		15-Nome do titular do plano THAYNA LARISSA DE SOUZA GATINHO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		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 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					

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-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	45		1	73,00	0,00		S	13/11/20		Thayna
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	13/11/20		Thayna
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 134,00	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 13/11/20 Dra. Fabiana D. F. Scomparim CRO 67946	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/20 Thayna	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	---	--