



333673
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/07/20	4-Data de Autorização 28/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7680617	7-Data Validação da Senha 01/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202510550601163501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GABRIELA NASCIMENTO SILVA	
13-Nome GABRIELA NASCIMENTO SILVA		18/10/1988		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 67946	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARIM	23-Número no CRO 67946	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16818324886	22-Nome do Contratado Executante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARIM	27-Número no CRO 67946	28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARIM					

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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	DO	1	88,00	0,00			28/07/20		
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	MO	1	88,00	0,00			28/07/20		
3-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	27		1	73,00	0,00			28/07/20		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/07/20	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 249,00	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 Enviar rx para análise na produção	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------