



391216  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/20	4-Data de Autorização 15/10/20	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7939410	7-Data Validade da Serão 04/01/21
8-Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202532476500000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Centro Nacional de Saúde
13-Nome FABIANA FANTINATTO		14-Telefone 30/09/1977	15-Nome do titular do plano FERNANDO ROBERTO DO NASCIMENTO		
16-Atendimento a R\$ 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-Centro/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-Plano
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			30/09/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL	HASD		1	36,00	0,00			30/09/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL	HASE		1	36,00	0,00			30/09/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL	HAID		1	36,00	0,00			30/09/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			30/09/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 30/09/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Diagnóstico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, 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 todos os procedimentos(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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-Assinatura	50-Data, local e Assinatura do Grupo Dentista Solidário	51-Data, local e Assinatura do Grupo Dentista Solidário	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa