



323824
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/20	4-Data de Autorização 19/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7631021	7-Data Validade da Senha 10/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202510550600897702		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARCIA MARIA CONFERTINO DE OLIVEIRA	14-Telefone (11) 4188-7500	15-Nome do titular do plano JOSE ANTONIO ALVES DE OLIVEIRA
--	-------------------------------	---

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 Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARI				27-Número no CRO 67946	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 85100200

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	45	OM	1	88,00	0,00			19/06/20		
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	23	MD	1	88,00	0,00			19/06/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/06/20	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 176,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia - Co-participação R\$
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 19/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------