



567326
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/05/21	4-Data de Autorização 28/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8642173	7-Data Validade da Senha 26/08/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 000202537859500000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TAIGO MACHADO DE OLIVEIRA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RAQUEL LOPES MARQUES DE OLIVEIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL	18-Número no CRO 59922	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16719116878	22-Nome do Contratado Executante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL		23-Número no CRO 59922	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL			27-Número no CRO 59922	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura								
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	1	0	0	0	0	6	5	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	3	4	0	0	0	0	0	0	0	S	28/05/21			
2-																													
3-																													
4-																													
5-																													
6-																													
7-																													
8-																													
9-																													
10-																													
11-																													
12-																													
13-																													
14-																													
15-																													

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/05/21	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 34,00	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 28/05/21 Dr. Fábio Augusto Curti Miguel CPF 17.911.111-78	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/05/21 Dr. Fábio Augusto Curti Miguel CPF 17.911.111-78	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 28/05/21 Dr. Fábio Augusto Curti Miguel CPF 17.911.111-78	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	--	-------------------------------------