



305396
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/04/20	4-Data de Autorização 13/04/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7503810	7-Data Validade da Senha 05/07/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528344400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome APARECIDO CARLOS GONCALVES DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano APARECIDO CARLOS GONCALVES DOS SANTOS		
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 -	25 -
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	Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL		27-Número no CRO 59922	28-UF SP	29-Código CBO S	Enviar - RX (I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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	46	OV	1	88,00	0,00		S	20/04/2020		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00		S	16/04/2020		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00		S	16/04/2020		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/09/20	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 210,00	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 Dr. Fábio Augusto Curti Miguel CRO/SP 59922 16/04/2020	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/04/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/04/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------