



513027
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2012	4-Data de Autorização 07/04/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8441737	7-Data Validade da Senha 29/06/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202535940000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TAMIRES CRISTINA BARBOSA HENRIQUE			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TAMIRES CRISTINA BARBOSA HENRIQUE	

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

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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	08/04/21		Fabio C.B. Henrique
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	08/04/21		Fabio C.B. Henrique
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	08/04/21		Fabio C.B. Henrique
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	08/04/21		Fabio C.B. Henrique
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	08/04/21		Fabio C.B. Henrique
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Provisão Término do Tratamento 08/04/21	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 178,00	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(ram) 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 08/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 08/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	---	-------------------------------------