



523866
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 15/04/21		4-Data de Autorização 10/05/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8484846		7-Data Validade da Senha 14/07/21		
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202536545700000103				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome LAURA RODRIGUES DE LIMA												
14-Telefone 26/08/2002 () -												
15-Nome do titular do plano TAIS RODRIGUES DE LIMA												
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												
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			10/05/21		Laura
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			12/05/21		Laura
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			12/05/21		Laura
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			12/05/21		Laura
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			12/05/21		Laura
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 12/05/21												
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 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/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 10/05/21												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/21												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/05/21 Laura R. de Lima												
53-Data, local e Carimbo da Empresa												