



356679
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/08/20	4-Data de Autorização 19/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7787000	7-Data Validade da Senha 11/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 002025307880000000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NICOLE GIOVANA BONTEMPI			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCELO PORFIRIO	

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 Enviar - RX (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL				27-Número no CRO 59922	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	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	02/09/20		Nicole
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DO	1	88,00	0,00		S	02/09/20		Nicole
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	17/09/20		Nicole
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	02/09/20		Nicole
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	09/09/20		Nicole
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	17/09/20		Nicole
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/09/20	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 346,00	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 17/09/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/09/20 Nicole	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	--	-------------------------------------