



567319
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 8 / 0 5 / 2 1	4-Data de Autorização 2 8 / 0 5 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8642131	7-Data Validade da Senha 2 6 / 0 8 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 7 8 5 9 5 0 0 0 0 1 0 1					
13-Nome RAQUEL LOPES MARQUES DE OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RAQUEL LOPES MARQUES DE OLIVEIRA		
		13/08/1982			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 59922	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 6 7 1 9 1 1 6 8 7 8	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	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 , 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 3 4 , 0 0	47-Valor Total R\$ 0 , 0 0	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	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28 05 21	52-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 28 05 21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	--	-------------------------------------