


292726
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/02/20	4-Data de Autorização 03/03/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7434334	7-Data Validade da Senha 27/05/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202510550601286902		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Entregador INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional do Saúde
13-Nome CASSIO LUIS DUARTE DE SOUZA			14-Telefone (16) 3412-5148	15-Nome do titular do plano GISELE MARIA MOREIRA SOUZA	

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 CBO 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 Gênes	42-Assinatura
1	0085400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	21		1	154,00	0,00		S	03/03/20		
2	0085400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	22		1	154,00	0,00		S	03/03/20		
3	0085400114	COROA TOTAL EM CERÔMERO	21		1	472,00	0,00		S	20/04/20		
4	0085400114	COROA TOTAL EM CERÔMERO	22		1	472,00	0,00		S	20/04/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data prevista para o tratamento 20/04/20	44-Tipo de Atendimento 1-Consultoria Odontológica 2-Exame Radiológico 3-Orçamentaria 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Financiamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1252,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---	-----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que sou responsável devidamente informado 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), ocorreram 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, conforme tabela em anexo com os custos conforme previsto em contrato.

15-Assinatura Dr. Fábio Augusto Curti Miguel CRO/SP 59922 CPF 167191168-78	20/04/20	20/04/20	20/04/20
---	----------	----------	----------