



523859
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 8484841	7-Data Validade da Senha 14/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202536545700000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA PAULA APARECIDA DE MELLO LIMA		14-Telefone () - *	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	Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL		27-Número no CRO 59922	28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 81000421-RPSE (I) 81000421-RIS (I) 81000421-RCIE

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	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00		S	12/05/21		Ana Paula
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	12/05/21		Ana Paula
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RCIE		1	14,00	0,00		S	12/05/21		Ana Paula
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RCID		1	14,00	0,00		S	12/05/21		Ana Paula
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	12/05/21		Ana Paula
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-Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 70,00	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 12/05/21 Ana Paula	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/05/21 Ana Paula	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/05/21 Ana Paula	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------