



317194
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/05/20	4-Data de Autorização 01/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7597588	7-Data Validade da Senha 25/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202526874500000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GEOVANNA BANDEIRA SOTO				14-Telefone (11) 3923-6118	15-Nome do titular do plano GEOVANNA BANDEIRA SOTO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS ALEXANDRE SOARES MIYATI		18-Número no CRO 62084	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 82001286-28 (I) 82001286-13
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26959214890		22-Nome do Contratado Executante CARLOS ALEXANDRE SOARES MIYATI		23-Número no CRO 62084		24-UF SP	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante CARLOS ALEXANDRE SOARES MIYATI		27-Número no CRO 62084		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	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	28		1	361,00	0,00		S	08/06/20		
2	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	13		1	361,00	0,00		S	08/06/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/06/20	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 722,00	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 fator anexar Rx inicial para produção
--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/06/20 Dr. Carlos Alexandre S. Miyati Cirurgião Buco Maxilo Facial CROSP 62084	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/06/20 Dr. Carlos Alexandre S. Miyati Cirurgião Buco Maxilo Facial CROSP 62084	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/06/20 Geovanna Bandeira Soto	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--