



300042
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/20	4-Data de Autorização 18/03/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7474828	7-Data Validade da Senha 09/06/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0020252834440000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANDREA CRISTINA NEO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano APARECIDO CARLOS GONCALVES DOS SANTOS	

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 / CNP / CPF 16719116878	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	00851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	6100	000		S	18/03/20		gandiana
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Realização do Tratamento 18/03/20	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 6100	47-Valor Total R\$ 000	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	--------------------------------	---------------------------	---

Declaro, que fui 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(ram) realizado(s) com o 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-Observações	50-Data, local e Assinatura do Contratado/Executante 18/03/20	51-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 18/03/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/03/20	53-Data, local e Cartão da Empresa
----------------	--	--	---	------------------------------------