



512109
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3/0/03/21	4-Data de Autorização 01/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8437987	7-Data Validade da Senha 28/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550600810001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ADEMIR ALVES MORALI		14-Telefone 26/04/1950 (16) 3378-0684	15-Nome do titular do plano ADEMIR ALVES MORALI		
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) 85100226 (II) 81000421- (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL		27-Número no CRO 59922	28-UF SP	29-Código CBO S	
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	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	17	DOMV	1	122,00	0,00		S	04/05/21		
2	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	46		1	73,00	0,00		S	28/05/21		
3	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	47		1	73,00	0,00		S	28/05/21		
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	04/05/21		
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	04/05/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 04/09/21	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 296,00	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 Solidário 01/09/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/05/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/05/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------