



384799  
INTERCÂMBIO

|                                                                   |                                       |                                                                |                                                |                                       |                                       |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                          | 3-Data de Emissão da Guia<br>28/09/20 | 4-Data de Autorização<br>29/09/20                              | 5-Senha<br>AUTORIZADO                          | 6-Número da Guia Principal<br>7912527 | 7-Data Validade da Senha<br>27/12/20  |
| 8-Número da Carteira<br>00202532378000000101                      |                                       | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                 | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA           | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /   | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>JOICE RODRIGUES                                        |                                       | 14-Telefone<br>( ) -                                           | 15-Nome do titular do plano<br>JOICE RODRIGUES |                                       |                                       |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                          |                                       |                                                                |                                                |                                       |                                       |
| 17-Nome do Profissional Solicitante<br>FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL |                                       | 18-Número no CRO<br>59922                                      | 19-UF<br>SP                                    | 20-Código CBO S                       | 025 -<br>Faturar Empresa              |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>16719116878                |                                       | 22-Nome do Contratado Executante<br>FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL | 23-Número no CRO<br>59922                      | 24-UF<br>SP                           | 25-Código CNES                        |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL  |                                       | 27-Número no CRO<br>59922                                      | 28-UF<br>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         | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/09/20              |                    | face          |
| 2         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/09/20              |                    | face          |
| 3         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/09/20              |                    | face          |
| 4         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/09/20              |                    | face          |
| 5         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/09/20              |                    | face          |
| 6         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>29/09/20 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>178,00 | 47-Valor Total R\$<br>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(ram) 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<br>29/09/20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>29/09/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>29/09/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|