



398741
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/20	4-Data de Autorização 20/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7969906	7-Data Validade da Senha 17/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202531782700000102		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 SILVA			14-Telefone 22/06/1976	15-Nome do titular do plano KAIQUE AUGUSTO DA SILVA	

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
26-Nome do Profissional Executante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL				27-Número no CRO 59922	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 81000421-RIS (I) 81000421-RIE

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	RIS		1	14,00	0,00		S	26/10/20		Dr. Fábio Augusto Curti Miguel
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	26/10/20		Dr. Fábio Augusto Curti Miguel
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00		S	26/10/20		Dr. Fábio Augusto Curti Miguel
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	26/10/20		Dr. Fábio Augusto Curti Miguel
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	26/10/20		Dr. Fábio Augusto Curti Miguel
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão/Término do Tratamento 26/10/20	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 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 26/10/20 Dr. Fábio Augusto Curti Miguel CRO/SP 59922 CPF 167191168-78	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 26/10/20 Dr. Fábio Augusto Curti Miguel CRO/SP 59922 CPF 167191168-78	52-Data, local e Assinatura do Responsável 26/10/20 Ana Paula Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	---	-------------------------------------