



397344
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/20	4-Data de Autorização 21/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7964532	7-Data Validade da Senha 14/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550600445301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA PAULA MARTINS DIAS GALEGO		14-Telefone 13/03/1975	15-Nome do titular do plano ANA PAULA MARTINS DIAS GALEGO		
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
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
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
1-0085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	21	DP	1	88,00	0,00		S	05/11/20		<i>Ana Paula Dias Galego</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/11/20	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 88,00	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 21/11/2020 Fábio Augusto Curti Miguel CRO/SP 59922 CPF 13719115-72	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/2020 Fábio Augusto Curti Miguel CRO/SP 59922 CPF 13719115-72	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/2020 Ana Paula Dias Galego	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	--	-------------------------------------