



374078
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/09/20		4-Data de Autorização 16/09/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7865312		7-Data Validade da Senha 10/12/20					
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 () -		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 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) 81000421-RPIE (I) 81000421-RIS					
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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00		S	16/09/20					
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	16/09/20					
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsão Término do Tratamento 16/09/20		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 28,00		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 11/09/20				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/20				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/09/20				53-Data, local e Carimbo da Empresa			