



370317
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/09/20	4-Data de Autorização 08/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7849729	7-Data Validade da Senha 03/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530854900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSIANE MARIA DE OLIVEIRA AMARAL 13/02/1984		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSIANE MARIA DE OLIVEIRA AMARAL	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO	18-Número no CRO 58579	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15878037807	22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO	23-Número no CRO 58579	24-UF SP	25-Código CNES (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO		27-Número no CRO 58579	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 85100200

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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	17/09/20		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	88,00	0,00		S	17/09/20		
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00		S	10/09/20		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 237,00	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 Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--