



1388749
INTERCÂMBIO

Registro ANS 106414	3-Data de Emissão da Guia 25/03/23	4-Data de Autorização 31/03/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11040118	7-Data Validade da Senha 23/06/23
Nº do Beneficiário 00202551141900000101		8-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Nome do Beneficiário CLAUDIA MAGALHAES DA SILVA		14-Telefone 24/05/1973	15-Nome do titular do plano CLAUDIA MAGALHAES DA SILVA		
Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIOGO RODRIGUES DE ARAUJO	18-Número no CRO 49761	19-UF RJ	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200
Código na Operadora / CNPJ / CPF 12886337773	22-Nome do Contratado Executante DIOGO RODRIGUES DE ARAUJO	23-Número no CRO 49761	24-UF RJ	25-Código CNES	
Nome do Profissional Executante DIOGO RODRIGUES DE ARAUJO		27-Número no CRO 49761	28-UF RJ	29-Código CBO S	
ano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

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
0	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			24/04/23		
0	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			24/04/23		
0	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			24/04/23		
0	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			24/04/23		
0	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00			24/04/23		
0	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00			24/04/23		
0	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VM	1	88,00	0,00			24/04/23		
1												
2												
3												
4												
5												

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 327,00	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 10/11/2023	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2023	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2023	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/2023
---	---	---	---

Drº Diogo R. Araujo
CRD-RJ 49761
Cirurgião Dentista