



2441826
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 7 / 0 8 / 2 5	4-Data de Autorização 2 8 / 0 8 / 2 5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14299835	7-Data Validade da Senha 2 6 / 1 0 / 2 5
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 0 3 8 4 2 9 5 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 23132132123321
13-Nome BENEFICIARIO TESTE ACESSO		14-Telefone (4 1) 3 0 2 0 - 3 8 8 3	15-Nome do titular do plano BENEFICIARIO TESTE ACESSO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENTISTA TESTE- TREINAMENTO	18-Número no CRO 2024	19-UF PR	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 9 0 1 0 6 7 2 5 0 6 8 _ _ _	22-Nome do Contratado Executante DENTISTA TESTE- TREINAMENTO	23-Número no CRO 2024	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DENTISTA TESTE- TREINAMENTO		27-Número no CRO 2024	28-UF PR	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000405

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-	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSD		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S			
2-	0 0 8 1 0 0 0 3 7 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S			
3-	0 0 8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7 8 , 0 0	0 , 0 0		S			
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 1 0 6 , 0 0	47-Valor Total R\$ _ _ _ _ , 0 0	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 Justificativa: 81000405: INCLUIR JUSTIFICATIVA. null			
--	--	--	--

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