



419924
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/20	4-Data de Autorização 17/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8057454	7-Data Validade da Senha 14/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202532685400000101		13-Nome MARY APARECIDA NUNES ALCANTARA		14-Telefone (11) -		15-Nome do titular do plano MARY APARECIDA NUNES ALCANTARA			

Dados do Contratário Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 33920		19-UF SP		20-Código CEO S		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ELIETH APARECIDA DE BARROS ANTONELLINI DE BIAGI		23-Número no CRO 33920		24-UF SP		25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05344909802		22-Nome do Contratado Executante ELIETH APARECIDA DE BARROS ANTONELLINI DE		27-Número no CRO 33920		28-UF SP		29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante ELIETH APARECIDA DE BARROS ANTONELLINI DE BIAGI									

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
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			17/11/20		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			17/11/20		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			17/11/20		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			17/11/20		
5-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			17/11/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/11/20	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 178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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) conforme 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 17/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------