



654424
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 0 / 0 8 / 2 1	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 654424	7-Data Validade da Senha 0 8 / 1 1 / 2 1
--------------------------	--	--	----------------------------------	--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 8 9 7 8 5 0 0 0 0 0 1 0 5	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS SOUZA	() -	SUELLEN ALENCAR SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE OLIVEIRA BITTENCOURT	18-Número no CRO 118546	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	----------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4 0 2 2 6 3 2 5 8 5 7	22-Nome do Contratado Executante ALINE OLIVEIRA BITTENCOURT	23-Número no CRO 118546	24-UF SP	25-Código CNES
--	--	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE OLIVEIRA BITTENCOURT	118546	SP	

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-	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 ,	0 0	0 ,0 0	N	/ /		
2-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6 1 ,	0 0	0 ,0 0	N	/ /		
3-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	6 1 ,	0 0	0 ,0 0	N	/ /		
4-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	6 1 ,	0 0	0 ,0 0	N	/ /		
5-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	6 1 ,	0 0	0 ,0 0	N	/ /		
6-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	6 1 ,	0 0	0 ,0 0	N	/ /		
7-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	6 1 ,	0 0	0 ,0 0	N	/ /		
8-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6 1 ,	0 0	0 ,0 0	N	/ /		
9-						,	,	,		/ /		
10-						,	,	,		/ /		
11-						,	,	,		/ /		
12-						,	,	,		/ /		
13-						,	,	,		/ /		
14-						,	,	,		/ /		
15-						,	,	,		/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	4 6 1 0 0	0 0 0	

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