

344161
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2017	4-Data de Autorização 24/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7726995	7-Data Validade da Senha 20/11/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530854900001011	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		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 Enviar - RX (I) 85100200 (I) 81000421-RPSE (I) 85100200 (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 81000421- (I) 85100218 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO		27-Número no CRO 58579	28-UF SP	29-Código CBO S

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	17	O	1	61,00	0,00		S	27/07/20		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	88,00	0,00		S	11/08/20		
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	MOD	1	122,00	0,00		S	01/09/20		
4	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	24	ODV	1	122,00	0,00		S	25/08/20		
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	03/08/20		
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00		S	11/08/20		
7	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OM	1	88,00	0,00		S	03/08/20		
8	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88,00	0,00		S	03/08/20		
9	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	03/08/20		
10	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	27/07/20		
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 746,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--