



364588
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/08/20	4-Data de Autorização 01/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7823938	7-Data Validade da Senha 24/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 00202531340000000103		13-Nome ROBSON MARIANO CUSTODIO		14-Telefone (11) 9840-1520	
15-Nome do titular do plano THAYNA DE ABREU SILVEIRA		16-Atendimento a RN N			

17-Nome do Profissional Solicitante MARCELO MUNHOZ		18-Número no CRO 96098	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 24700226811		22-Nome do Contratado Executante MARCELO MUNHOZ	23-Número no CRO 96098	24-UF SP
25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante MARCELO MUNHOZ		
27-Número no CRO 96098		28-UF SP		

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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/09/20		x Elvangelina
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00		S	01/09/20		x Elvangelina
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00		S	01/09/20		x Elvangelina
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00		S	01/09/20		x Elvangelina
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00		S	04/09/20		x Elvangelina
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	04/09/20		x Elvangelina
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	04/09/20		x Elvangelina
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 04/09/20	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 400,00	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 04/09/20 Marcelo Munhoz	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/09/20 Marcelo Munhoz	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/09/20 x Elvangelina	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	--	---	-------------------------------------

SP

SP

SP