



2-Nº

323028
INTERCÁMBIO

323028 INTERCÂMBIO		7-Data Validade da Senha 018/1019/1201	
5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7627512	
4-Data de Autorização 113/1016/1201		3-Data de Emissão da Guia 1101015/1201	
1-Registro ANS 406414		2-Registro ANS 406414	
13-Nome CINTIA MARIANA VICENTE			
14-Tel-fone (11) 1111111111			
15-Nome do titular do plano CINTIA MARIANA VICENTE			
12-Número de Cartão Nacional de Saúde			
11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11			
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			
9-Plano POS REDE PRESTADORA			
8-Número da Carteira 1010202152980040000101011			
7-Data Validade da Senha 018/1019/1201			
6-Número da Guia Principal 7627512			
5-Senha AUTORIZADO			
4-Data de Autorização 113/1016/1201			
3-Data de Emissão da Guia 1101015/1201			
2-Registro ANS 406414			
1-Registro ANS 406414			

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Relevo	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo de Glosa 42- Assinatura						
1	0 0 0 8 5 2 0 0 1 6 6	TRATAMENTO ENDODONTICO	44		1	12 5 8	0 0		S	06/07/20	[Assinatura]						
2	0 0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	34	VDL	1	1 2 2	0 0	0 0 0	S	19/06/20	[Assinatura]						
3	0 0 0 8 5 1 0 0 2 2 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	VODL	1	1 2 2	0 0	0 0 0	S	19/06/20	[Assinatura]						
4	0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	41	VI	1	8 8	0 0	0 0 0	S	19/06/20	[Assinatura]						
5	0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	42	DL	1	8 8	0 0	0 0 0	S	26/06/20	[Assinatura]						
6	0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	31	VI	1	8 8	0 0	0 0 0	S	26/06/20	[Assinatura]						
7	0 0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	13	VPM	1	1 2 2	0 0	0 0 0	S	26/06/20	[Assinatura]						
8	0 0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VDP	1	1 2 2	0 0	0 0 0	S	08/07/20	[Assinatura]						
9	0 0 0 8 5 1 0 0 2 2 6	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MVPD	1	1 2 2	0 0	0 0 0	S	08/07/20	[Assinatura]						
10	0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	8 8	0 0	0 0 0	S	08/07/20	[Assinatura]						
11	0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	43	VD	1	8 8	0 0	0 0 0	S	04/06/20	[Assinatura]						
12	0 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	12	PM	1	8 8	0 0	0 0 0	S	04/06/20	[Assinatura]						
13																	
14																	
15																	
45- Data Prevista 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- Ortopedia 4- Urgência Emergência			1- Total 2- Parcial			1 3 9 6 0 0			0 0 0			0 0 0					

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, 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(ram) 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.

48-Observação	Januel Camelo		50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 10/01/10 11/20		51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 10/01/10 11/20	52-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável 10/01/10 11/20
---------------	---------------	--	---	--	---	---