



931438
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/04/22	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha PENDENTE DE ATO	6-Número da Guia Principal 9754060	7-Data Validade da Senha 30/06/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202546046400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELZO OLIVEIRA DA SILVA		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano ELZO OLIVEIRA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LIDIA CRISTINA LIMA DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 112900	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 35400814883	22-Nome do Contratado Executante LIDIA CRISTINA LIMA DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 112900	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LIDIA CRISTINA LIMA DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 112900	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	15	D	1	61,00	0,00		S	01/04/22		[Assinatura]
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	D	1	61,00	0,00		S	01/04/22		[Assinatura]
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	D	1	61,00	0,00		S	01/04/22		[Assinatura]
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	D	1	61,00	0,00		S	01/04/22		[Assinatura]
5	0085400319	PRÓTESE FIXA ADESIVA	14		1	471,00	661,95		P			
6	0085400319	PRÓTESE FIXA ADESIVA	34		1	471,00	661,95		P			
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 3186,00	47-Valor Total R\$ 1323,90	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 01/04/22 Dra. Lidia Cristina L. Oliveira CRO SP 112900	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/04/22 Dra. Lidia Cristina L. Oliveira Cirurgiã Dentista CRO SP 112900	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/04/22 Elzo Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	--	-------------------------------------