



420772
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/20	4-Data de Autorização 30/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8060634	7-Data Validade da Senha 15/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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	
13-Nome MARGARETH DA LUZ FERNANDES COELHO				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARGARETH DA LUZ FERNANDES COELHO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 31345		19-UF RJ		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05476318712		22-Nome do Contratado Executante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA		23-Número no CRO 31345	
24-UF RJ		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA		27-Número no CRO 31345		28-UF RJ	
29-Código CBO S		29-Código CBO S		29-Código CBO S		29-Código CBO S		29-Código CBO S	

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-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	45		1	258,00	0,00		S	04/12/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
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 258,00	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 Favor anexar rx inicial e final para pagamento	
---	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/12/20 Monique Ferreira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/12/20 Monique Ferreira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/12/20 Margareth da Luz Fernandes Coelho	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/12/20 Monique G. M. Ferreira Cirurgiã Dentista / Endodontista CRO-RJ 31345
--	--	---	---