



665914
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 8 / 0 8 / 2 1	4-Data de Autorização _ _ / _ _ / _ _	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 665914	7-Data Validade da Senha 1 6 / 1 1 / 2 1
--------------------------	--	--	----------------------------------	--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 9 4 3 2 9 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GESICA DANTAS DE SANTANA 19/01/1988		14-Telefone (_ _) _ _ _ _ - _ _ _ _	15-Nome do titular do plano GESICA DANTAS DE SANTANA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE OLIVEIRA BITTENCOURT	18-Número no CRO 118546	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4 0 2 2 6 3 2 5 8 5 7 _ _ _	22-Nome do Contratado Executante ALINE OLIVEIRA BITTENCOURT	23-Número no CRO 118546	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ALINE OLIVEIRA BITTENCOURT		27-Número no CRO 118546	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-	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA	_ _	_ _	1	_ _ 3 4 0 0	_ _ _ _ 0 0 0	_ _ _ _ _ _ _ _	N	_ _ / _ _ / _ _	_ _ _ _ _ _	_ _
2-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	_ _ 6 1 0 0	_ _ _ _ 0 0 0	_ _ _ _ _ _ _ _	N	_ _ / _ _ / _ _	_ _ _ _ _ _	_ _
3-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	_ _ 6 1 0 0	_ _ _ _ 0 0 0	_ _ _ _ _ _ _ _	N	_ _ / _ _ / _ _	_ _ _ _ _ _	_ _
4-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	_ _ 6 1 0 0	_ _ _ _ 0 0 0	_ _ _ _ _ _ _ _	N	_ _ / _ _ / _ _	_ _ _ _ _ _	_ _
5-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	_ _ 6 1 0 0	_ _ _ _ 0 0 0	_ _ _ _ _ _ _ _	N	_ _ / _ _ / _ _	_ _ _ _ _ _	_ _
6-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	_ _ 6 1 0 0	_ _ _ _ 0 0 0	_ _ _ _ _ _ _ _	N	_ _ / _ _ / _ _	_ _ _ _ _ _	_ _
7-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	_ _ 6 1 0 0	_ _ _ _ 0 0 0	_ _ _ _ _ _ _ _	N	_ _ / _ _ / _ _	_ _ _ _ _ _	_ _
8-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	_ _ 6 1 0 0	_ _ _ _ 0 0 0	_ _ _ _ _ _ _ _	N	_ _ / _ _ / _ _	_ _ _ _ _ _	_ _
9-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	_ _ 6 1 0 0	_ _ _ _ 0 0 0	_ _ _ _ _ _ _ _	N	_ _ / _ _ / _ _	_ _ _ _ _ _	_ _
10	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	_ _ 6 1 0 0	_ _ _ _ 0 0 0	_ _ _ _ _ _ _ _	N	_ _ / _ _ / _ _	_ _ _ _ _ _	_ _
11	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	_ _	1	_ _ 3 6 0 0	_ _ _ _ 0 0 0	_ _ _ _ _ _ _ _	N	_ _ / _ _ / _ _	_ _ _ _ _ _	_ _
12	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	_ _	1	_ _ 3 6 0 0	_ _ _ _ 0 0 0	_ _ _ _ _ _ _ _	N	_ _ / _ _ / _ _	_ _ _ _ _ _	_ _
13	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	_ _	1	_ _ 3 6 0 0	_ _ _ _ 0 0 0	_ _ _ _ _ _ _ _	N	_ _ / _ _ / _ _	_ _ _ _ _ _	_ _
14	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	_ _	1	_ _ 3 6 0 0	_ _ _ _ 0 0 0	_ _ _ _ _ _ _ _	N	_ _ / _ _ / _ _	_ _ _ _ _ _	_ _
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 _ _ 7 2 7 0 0	47-Valor Total R\$ _ _ _ _ 0 0 0	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 _ _ / _ _ / _ _	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável _ _ / _ _ / _ _	53-Data, local e Carimbo da Empresa _ _ / _ _ / _ _
--	--	--	--