



315385
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 0 1 0 5 1 2 0	4-Data de Autorização 2 2 1 0 5 1 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7580769	7-Data Validade da Senha 1 8 1 0 8 1 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

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 0 0 2 0 2 5 2 9 0 9 5 8 0 0 0 0 1 0 3		13-Nome MARIA CELIA COSTA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSE ANTONIO XAVIER DE BRITO
		10/09/1964			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 58579	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO	23-Número no CRO 58579	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-RPIE (II) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 5 8 7 8 0 3 7 8 0 7		22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO		
26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO		27-Número no CRO 58579	28-UF SP	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	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPIE		1	1 4 0 0	0,00			25/05/20		MLO
2	0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	34	ODL	1	1 2 2 0 0	0,00			25/05/20		MLO
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 1 3 6 0 0	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 Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/05/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/05/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--