



365956
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/08/2018		4-Data de Autorização 18/10/2019		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7830316		7-Data Validade da Sentença 12/06/2021		365956 INTERCÂMBIO									
8-Número da Carteira 000202025284702020000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional da Saúde													
13-Nome FATIMA BRAGA DA SILVA		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano LUANA PEROLA DA SILVA		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 139520700846		22-Nome do Contratado Executante REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES		18-Número no CRO 118776		19-JF SP		20-Código CBO S 025 -													
26-Nome do Profissional Executante REBECA DO EGITO SAMARAO GONCALVES		27-Número no CRO 118776		28-JF SP		29-Código CBO S		Faturar Empresa Enviar - RX													
30-Tabella 31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Densidade Regiço		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Guisa 42-Asignatura	
1-00081100000301		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		1		1		34		00		00		00		18/10/2019		42-Asignatura	
2-0008153000039		RASPAGEM SUB-		1		1		1		44		00		00		00		18/10/2019		42-Asignatura	
3-0008153000039		RASPAGEM SUB-		1		1		1		44		00		00		00		18/10/2019		42-Asignatura	
4-0008153000039		RASPAGEM SUB-		1		1		1		44		00		00		00		18/10/2019		42-Asignatura	
5-0008153000039		RASPAGEM SUB-		1		1		1		44		00		00		00		18/10/2019		42-Asignatura	
6-00081510000200		RESTAURAÇÃO RESINA		17		OD		1		88		00		00		00		18/10/2019		42-Asignatura	
7-00081510000200		RESTAURAÇÃO RESINA		25		DO		1		88		00		00		00		18/10/2019		42-Asignatura	
8-00081510000196		RESTAURAÇÃO RESINA		15		O		1		61		00		00		00		18/10/2019		42-Asignatura	
9-0008110000421		RX PERIAPICAL		1		1		1		14		00		00		00		18/10/2019		42-Asignatura	
10-0008110000421		RX PERIAPICAL		1		1		1		14		00		00		00		18/10/2019		42-Asignatura	
11-0008110000421		RX PERIAPICAL		1		1		1		14		00		00		00		18/10/2019		42-Asignatura	
12-0008110000421		RX PERIAPICAL		1		1		1		14		00		00		00		18/10/2019		42-Asignatura	
13-0008110000421		RX PERIAPICAL		1		1		1		14		00		00		00		18/10/2019		42-Asignatura	
14-0008110000421		RX PERIAPICAL		1		1		1		14		00		00		00		18/10/2019		42-Asignatura	
15-0008110000421		RX PERIAPICAL		1		1		1		14		00		00		00		18/10/2019		42-Asignatura	
43-Data Preenchimento Término do Tratamento 18/10/2019		44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total em R\$													

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, 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 aqui, do(s) valor(es) referente(s) ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação _____

1-TOTAL 2-Parcial _____

48-Total Franquia / Co-participação R\$ _____

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data local e Assinatura do Cliente: _____

18

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra. Rebeca E. Samarão Gonçalves
 CRO-SP-CD - 118776

Dra. Rebeca E. Samarão Gonçalves
CRQ-SP-CD - 118776