



544003
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/05/21	4-Data de Autorização 11/05/21	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 8560344	7-Data Validade da Senha 04/08/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 00202531177900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _/_/___/___	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLEDIVAN DOS SANTOS NUNES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLEDIVAN DOS SANTOS NUNES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JACKELINE LOUISE ANTONIETTI	18-Número no CRO 26467	19-UF PR	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09222453980	22-Nome do Contratado Executante JACKELINE LOUISE ANTONIETTI	23-Número no CRO 26467	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JACKELINE LOUISE ANTONIETTI		27-Número no CRO 26467	28-UF PR	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218

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	34	V	1	61,00	0,00		N	/		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		N	/		
3-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OMD	1	122,00	0,00		N	/		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		N	/		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		N	/		
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		N	/		
7-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		N	/		
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 384,00	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			
---------------	--	--	--

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 _/_/___/___
--	--	--	--