



367020
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/08/20	4-Data de Autorização 04/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7835550	7-Data Validade da Senha 29/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202528302700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VERINALDO VENUS DA SILVA		14-Telefone (11) 2242-7722	15-Nome do titular do plano VERINALDO VENUS DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARCELO ZANAROLI	18-Número no CRO 49533	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15181533809	22-Nome do Contratado Executante MARCELO ZANAROLI	23-Número no CRO 49533	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MARCELO ZANAROLI	27-Número no CRO 49533	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
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	09/09/20		
2-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	17		1	73,00	0,00		S	09/09/20		
3-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	16		1	73,00	0,00		S	09/09/20		
4-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	13		1	73,00	0,00		S	28/09/20		
5-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	26		1	73,00	0,00		S	14/09/20		
6-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	27		1	73,00	0,00		S	14/09/20		
7-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	45		1	73,00	0,00		S	21/09/20		
8-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	46		1	73,00	0,00		S	21/09/20		
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 545,00	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 09/09/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

CRO 49.537

CRO 49.537