



550085
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/21	4-Data de Autorização 19/05/21	5-Sinete AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8583002	7-Data Validade da Sinete 11/08/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00020253691340000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			
13-Nome VANDA BRITO SOARES LINS		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano VANDA BRITO SOARES LINS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRO 40774		18-UF RJ		20-Código CBO 8 025 -	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARINA MOREIRA SALVADOR	23-Número no CRO 40774	24-UF RJ	25-Código CHES Enviar - RX	Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 58329005615		22-Nome do Contratado Escutante MARINA MOREIRA SALVADOR		26-UF RJ			
26-Nome do Profissional Escutante MARINA MOREIRA SALVADOR		27-Número no CRO 40774		28-UF RJ		29-Código CBO 8 (1) 81000421-RPIS (1) 81000421-RPIS (1) 81000421-RPIS	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rugão	34-Face	35-Cl	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Obra	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			24/05/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			24/05/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			24/05/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			24/05/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			24/05/21		
6	0082000081	EXODONTIA A RETALHO			48	73,00	0,00			24/05/21		
7	0081000042	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00			24/05/21		
8	0081000042	RX PERIAPICAL	RIL		1	14,00	0,00			24/05/21		
9	0081000042	RX PERIAPICAL	RCID		1	14,00	0,00			24/05/21		
10	0081000042	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00			24/05/21		
11	0085100019	RESTAURAÇÃO RESINA			23	61,00	0,00			24/05/21		
12	0085100019	RESTAURAÇÃO RESINA			44	61,00	0,00			24/05/21		
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 429,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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, o valor referente 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 24/05/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/05/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/05/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/05/21
---	---	---	---

Marina Moreira Salvador
Cirurgiã - Dentista
CRO-RJ: 40774
Especialista Implante Odontológico