



321032
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 05/06/20	4-Data de Autorização 11/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7616421	7-Data Validade da Senha 03/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0020252711590000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOCELINO PONTIN		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano JOCELINO PONTIN			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CHEIENE DERIE RONCAGLIO BAGNARA	18-Número no CRO 27146	19-UF RS	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03757252020	22-Nome do Contratado Executante CHEIENE DERIE RONCAGLIO BAGNARA	23-Número no CRO 27146	24-UF RS	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante CHEIENE DERIE RONCAGLIO BAGNARA		27-Número no CRO 27146	28-UF RS	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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	05/06/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	11/06/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	11/06/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	11/06/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	11/06/20		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00		S	15/06/20		
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	15/06/20		
8	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	88,00	0,00		S	15/06/20		
9	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	34	VOD	1	122,00	0,00		S	22/06/20		
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/06/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 510,00	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 Alterada a Guia de temporaria para definitiva.	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/06/20 Cheiene Bagnara	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/06/20 Cheiene Bagnara	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/06/20
---	---	---	---	---