



1018278
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2016	4-Data de Autorização 12/01/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10010059	7-Data Validade da Senha 11/10/2016
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202547953600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome THATIANE VICENTE PIRES		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano THATIANE VICENTE PIRES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAXILOMED	18-Número no CRO 35101	19-UF RJ	20-Código CBO S 02	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 30965590000239	22-Nome do Contratado Executante FALHEIRO MACHADO GUIMARAES COSTA	23-Número no CRO 35101	24-UF RJ	25-Código CNES 9999999	Enviar - RX (I) 82001286-18 (I) 82001286-48
26-Nome do Profissional Executante DANIEL FALHEIRO DA SILVA		27-Número no CRO 35101	28-UF RJ	29-Código CBO S	(I) 82001286-28 (I) 82001286-38

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-	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	18		1	361,00	0,00		S	13/06/2016		[Assinatura]
2-	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	28		1	361,00	0,00		S	13/06/2016		[Assinatura]
3-	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	361,00	0,00		S	13/06/2016		[Assinatura]
4-	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	361,00	0,00		S	13/06/2016		[Assinatura]
5-												
6-												
7-												
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 144,00	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 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 13/06/2016 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/06/2016 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/06/2016 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/06/2016 [Carimbo]
--	--	--	---

Daniel Falheiro da Silva
Cirurgião Oral & Maxilofacial
CRO-RJ 35.101