



340418
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 16/07/20	4-Data de Autorização 20/07/20	5-Senha AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 7710464	7-Data Validade da Senha 14/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

6-Número do Cartão 00202530338700000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade do Cartão / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADRIANA LUCENA PEREIRA		14-Telefone 16/03/1994	15-Nome do Titular do plano ADRIANA LUCENA PEREIRA		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIA CAROLINA DE OLIVEIRA SIMAS	18-Número no CRD 116653	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36306515852	22-Nome do Contratado Executante MARIA CAROLINA DE OLIVEIRA SIMAS	23-Número no CRD 116653	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (F) 85200166-25
26-Nome do Profissional Executante MARIA CAROLINA DE OLIVEIRA SIMAS		27-Número no CRD 116653	28-UF SP	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Assinatura
1-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	25		1	258,00	0,00		S	16/07/20		Adriana
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/07/20	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 258,00	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(ram) 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 16/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/07/20	53-Data, local e Cartão da Empresa
---	---	---	------------------------------------