



405111
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia (2)6/11/01/20	4-Data de Autorização (2)7/11/01/20	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7996544	7-Data Validade da Guia (2)4/10/11/21
Dados do Interlocutor					
8-Número da Carteira (0)0/20/25/32/80/21/00/00/01/01	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ROBERTO BATISTA DE OLIVEIRA JUNIOR		14-Telefone (1) / /	15-Data de Nascimento 15/05/1992		
16-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento ROBERTO BATISTA DE OLIVEIRA JUNIOR					
16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante MARINA MOREIRA SALVADOR	18-Número no CRO 40774	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF (5)8/32/90/05/61/5		22-Nome do Contratado Existente MARINA MOREIRA SALVADOR	23-Número no CRO 40774	24-UF RJ	25-Código CNEB
26-Nome do Profissional Executante MARINA MOREIRA SALVADOR		27-Número no CRO 40774	28-UF RJ	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Fragto	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	00			27/11/20		ROBERTO
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61	00			27/11/20		ROBERTO
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	I	1	61	00			27/11/20		ROBERTO
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	I	1	61	00			27/11/20		ROBERTO
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61	00			27/11/20		ROBERTO
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61	00			27/11/20		ROBERTO
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61	00			27/11/20		ROBERTO
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61	00			27/11/20		ROBERTO
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61	00			27/11/20		ROBERTO
10	0085400076	COROA PROVISÓRIA COM PINO	12		1	154	00			27/11/20		ROBERTO
11	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00			27/11/20		ROBERTO
12	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00			27/11/20		ROBERTO
13	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIJ		1	36	00			27/11/20		ROBERTO
14	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00			27/11/20		ROBERTO
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Occlusão 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcela	46-Total Quantidade US 820,00	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(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 este 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista (3)0/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/11/20 ROBERTO	53-Data, local e Carimbo de Empresa 27/11/20
--	---	---	---

Assinatura: *Marina Moreira Salvador*
Cirurgião-Dentista
CRO-RJ: 40774
Especialista em Implantes