



405138
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia (2/6/11)0/1/2/0	4-Data de Autorização (2/7/11)0/1/2/0	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7996546	7-Data Validade de Bateria (2/4/11)0/1/2/1
8-Atendimento a RH N					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA					
11-Data Validade de Carteira / /					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome ROBERTO BATISTA DE OLIVEIRA JUNIOR					
14-Idade 15/05/1982					
15-Nome do Mãe de plano 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 -					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF (5/8/3/2/9/0/0/5/6/1/5/)					
22-Nome do Contratado Exatante MARINA MOREIRA SALVADOR					
23-Número no CRO 40774					
24-UF RJ					
25-Código CBO S Enviar - RX (0) 81000421-RIS					
26-Nome do Profissional Exatante MARINA MOREIRA SALVADOR					
27-Número no CRO 40774					
28-UF RJ					
29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1	0 0 8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	15	1	1	7 3 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	19/11/20	ROBERTO	
2	0 0 8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	25	1	1	7 3 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	19/11/20	ROBERTO	
3	0 0 8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	26	1	1	7 3 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	19/11/20	ROBERTO	
4	0 0 8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	36	1	1	7 3 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	19/11/20	ROBERTO	
5	0 0 8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	37	1	1	7 3 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	19/11/20	ROBERTO	
6	0 0 8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	47	1	1	7 3 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	19/11/20	ROBERTO	
7	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	1 4 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	19/11/20	ROBERTO	
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista 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-Parcela	46-Total Quantidade US 4 5 2 0 0 0	47-Valor Total RS 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação RS
---	--	---	---------------------------------------	------------------------------	--

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), foram realizados 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
Em casos de exodontia múltiplas (mais de 4), anexar Carta de Autorização do paciente para as solicitações de exodontias, será visto na produção.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista (2/9/11)0/1/2/0	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável (19/11/20) x ROBERTO	53-Data, local e Assinatura do Operador (2/9/11/20)
--	--	---	--

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