



425711
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/20	4-Data de Autorização 25/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8081387	7-Data Validade da Senha 21/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202533535500000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JUCIVAL SILVA SANTOS				14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JUCIVAL SILVA SANTOS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento							
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROSANA CURCIO	18-Número no CRO 42646	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14533549802	22-Nome do Contratado Executante ROSANA CURCIO	23-Número no CRO 42646	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218			
26-Nome do Profissional Executante ROSANA CURCIO	27-Número no CRO 42646	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 85100218	(I) 85100102			

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	23/11/20		Jucival
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	30/11/20		Jucival
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	MDO	1	22,00	0,00		S	30/11/20		Jucival
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00		S	30/11/20		Jucival
5	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	MOD	1	22,00	0,00		S	09/12/20		Jucival
6	0085100102	RESTAURAÇÃO AMÁLGAMA 2	27	MO	1	76,00	0,00		S	09/12/20		Jucival
7	0085100099	RESTAURAÇÃO AMÁLGAMA 1	28	O	1	58,00	0,00		S	08/12/20		Jucival
8	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	08/12/20		Jucival
9	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	08/12/20		Jucival
10	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	08/12/20		Jucival
11	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	08/12/20		Jucival
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 678,00	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	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/11/20
---------------	---	---	---	---

CLINICA ODONTOLÓGICA CURCIO LTD