



784628
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 8 / 1 1 / 2 1	4-Data de Autorização 2 3 / 1 1 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9305177	7-Data Validade da Senha 1 6 / 0 2 / 2 2
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 3 6 9 2 5 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JONATHAN PEDRO DA SILVA	14-Telefone (_ _) _ _ _ - _ _ _	15-Nome do titular do plano JONATHAN PEDRO DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARCOS DE OLIVEIRA DIAS	18-Número no CRO 68359	19-UF SP	20-Código CBO S	25 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2 6 0 2 7 8 1 2 8 2 6 _ _	22-Nome do Contratado Executante MARCOS DE OLIVEIRA DIAS	23-Número no CRO 68359	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MARCOS DE OLIVEIRA DIAS	27-Número no CRO 68359	28-UF SP	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	6 1,0 0	0,0 0	S		/	/	
2-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6 1,0 0	0,0 0	S		/	/	
3-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VM	1	8 8,0 0	0,0 0	S		/	/	
4-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	8 8,0 0	0,0 0	S		/	/	
5-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	6 1,0 0	0,0 0	S		/	/	
6-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	6 1,0 0	0,0 0	S		/	/	
7-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	6 1,0 0	0,0 0	S		/	/	
8-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	8 8,0 0	0,0 0	S		/	/	
9-	0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OVL	1	1 2 2,0 0	0,0 0	S		/	/	
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 6 9 1,0 0	47-Valor Total R\$ _ _ _ _ _ 0,0 0	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 _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _	53-Data, local e Carimbo da Empresa _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _
--	--	--	--