



318572
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/05/20	4-Data de Autorização 01/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7602389	7-Data Validade da Senha 29/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202522987600000101		13-Nome SANDRA LUCIA MENDES DE QUEIROZ		14-Telefone (11) 9782-3985		15-Nome de titular do plano SANDRA LUCIA MENDES DE QUEIROZ		16-Data de Nascimento 27/11/1964	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 109231		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RAQUEL CRISTINA KOYAMA		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 31121200869		22-Nome do Contratado Executante RAQUEL CRISTINA KOYAMA	
23-Número no CRO 109231		24-UF SP		25-Código CNEB		26-Nome do Profissional Executante RAQUEL CRISTINA KOYAMA	
27-Número no CRO 109231		28-UF SP		29-Código CBO S			

30-Tabula	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 ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/06/20		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	01/06/20		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	01/06/20		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	01/06/20		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	01/06/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
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 174,00	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 01/06/20 Raquel Koyama	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/06/20 Raquel Koyama	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/06/20
---	---	---	---

Raquel C. Koyama
Cirurgiã - Dentista
CRO/SP 109231