



404329
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/20	4-Data de Autorização 09/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 404329	7-Data Validade da Senha 23/10/21
8-Número da Carteira 00202529055200000101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome TAIS POLIANA MENDES SOUZA			14-Telefone 10/04/1995	15-Data Validade da Carteira / /	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante NACELIO MAMEDES DE GOIS		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 21704091810			22-Nome do Contratado Executante NACELIO MAMEDES DE GOIS		
26-Nome do Profissional Executante NACELIO MAMEDES DE GOIS			27-Número no CRO 80306		
28-UF SP			29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		
23-Número na CRO 80306			24-UF SP		
25-Código CNES (1) 85100200			26-UF SP		
27-Número no CRO 80306			28-UF SP		
29-Código CBO S			30-UF SP		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NACELIO MAMEDES DE GOIS	18-Número no CRO 80306	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 21704091810	22-Nome do Contratado Executante NACELIO MAMEDES DE GOIS	23-Número na CRO 80306	24-UF SP	25-Código CNES (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante NACELIO MAMEDES DE GOIS	27-Número no CRO 80306	28-UF SP	29-Código CBO S	30-UF SP

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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00			27/11/20		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	88,00	0,00			30/11/20		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00			16/11/20		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00			16/11/20		
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00			16/11/20		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	42	D	1	61,00	0,00			01/12/20		
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00			16/11/20		
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00			16/11/20		
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00			16/11/20		
10	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00			16/11/20		
11	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00			27/11/20		
12	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00			27/11/20		
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/11/20	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 759,00	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 30/11/20 O. S. S. S.	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/20 O. S. S. S.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/20 O. S. S. S.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/11/20 O. S. S. S.
---	---	---	---

Cordeiro & Góes Ltda - Odontológica Prime
CNPJ 17.637.743/000170