



434005
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/2020	4-Data de Autorização 13/01/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8115654	7-Data Validade da Senha 03/03/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253389190000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUIZE ANGELICA VILELA MARTINS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA LEONOR VILELA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante INGRID TRANHAQUE SANTOS		18-Número no CRO 42998	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14854222727	22-Nome do Contratado Executante INGRID TRANHAQUE SANTOS		23-Número no CRO 42998	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante INGRID TRANHAQUE SANTOS		27-Número no CRO 42998	28-UF RJ	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	00811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	30/12/20		X
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	30/12/20		X
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	30/12/20		X
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	30/12/20		X
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	30/12/20		X
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 178,00	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 30/11/2020 Dra. Ingrid Tranhaque CRO 42998	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/12/2020 Dra. Ingrid Tranhaque CRO 42998	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/2020 Luize A.V. Martins	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/11/2020 INGRID TRANHAQUE SANTOS CLÍNICA ODONTOLÓGICA - ME CNPJ: 27.222.000/0001-93
---------------	---	---	---	---