



502474
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão do Guia 16/03/21	4-Data de Autenticação 22/03/21	5-Situação AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8398825	7-Data Validade do Guia 16/06/21
8-Atividade da Clínica 0020253628600000000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade do Contrato 11/11/11	12-Número do Contrato Nacional de Saúde
13-Nome LUCAS EMANUEL ALVES SANTOS		14-Teléfono 28/11/2011	15-Nome do titular do plano CLAUDINE DOS SANTOS ALVES		

16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Substituto MARINA MOREIRA SALVADOR	18-Número do CRO 40774	19-UF RJ	20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora 58329005615		22-Nome do Contratado Excepcional MARINA MOREIRA SALVADOR	23-Número do CRO 40774	24-UF RJ	25-Código CRO S
26-Nome do Profissional Excepcional MARINA MOREIRA SALVADOR		27-Número do CRO 40774	28-UF RJ	29-Código CRO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Faixa	35-Cat	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1			34,00	0,00			24/03/21		Claudine
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00			24/03/21		Claudine
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00			24/03/21		Claudine
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00			24/03/21		Claudine
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00			24/03/21		Claudine
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00			24/03/21		Claudine
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00			24/03/21		Claudine
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00			24/03/21		Claudine
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00			24/03/21		Claudine
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista 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 Quantitativo US 522,00	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, sou eu e/ou o responsável pelo tratamento, compreendendo-me a cumprir as obrigações do profissional prestador e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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.

50-Data, local e Assinatura do Contratado Substituto 24/03/21	51-Data, local e Assinatura do Contratado Substituto 24/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/03/21	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/03/21
--	--	---	---

Marina Moreira Salvador
Cirurgiã - Dentista
CRO-RJ: 40774
Especialista em Implantodontia