



374690
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/09/20	4-Data de Autorização 14/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7868033	7-Data Validade da Senha 13/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202529884100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA ROBERTA MESQUITA DA CUNHA		14-Telefone () -	15-Nome do Utilizador do plano ANA ROBERTA MESQUITA DA CUNHA	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO	18-Número no CRO 35649	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09904672792	22-Nome do Contratado Executante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO	23-Número no CRO 35649	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO		27-Número no CRO 35649	28-UF RJ	29-Código CBO S

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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	DL	1	88,00	0,00			14/09/20		
2												
3												
4												
5												
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 88,00	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 Favor anexar imagem para pagamento	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 14/09/2020, Dr. Aldyjanne B. Dietrich, CRO 35649	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 14/09/2020, Dr. Aldyjanne B. Dietrich, CRO 35649	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/09/2020, Ana Roberta Mesquita da Cunha	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/09/2020, DENTAL UNI COOPERATIVA
---	---	---	--	---