



364574
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/08/20	4-Data de Autorização 01/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7823903	7-Data Validade da Senha 24/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025313400000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome THAYNA DE ABREU SILVEIRA		14-Telefone (11) 9840-1520	15-Nome do titular do plano THAYNA DE ABREU SILVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARCELO MUNHOZ	18-Número no CRO 96098	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 24700226811	22-Nome do Contratado Executante MARCELO MUNHOZ	23-Número no CRO 96098	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MARCELO MUNHOZ		27-Número no CRO 96098	28-UF SP	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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/09/20		X Thayna
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/09/20		X Thayna
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	01/09/20		X Thayna
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	01/09/20		X Thayna
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	01/09/20		X Thayna
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00		S	04/09/20		X Thayna
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	04/09/20		X Thayna
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	04/09/20		X Thayna
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	04/09/20		X Thayna
10	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	04/09/20		X Thayna
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 04/09/20	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 483,00	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 04/09/20 SP <i>Marcelo Munhoz</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/09/20 SP <i>Marcelo Munhoz</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/09/20 X Thayna	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	--	--