



412588
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/20	4-Data de Autorização 09/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8026549	7-Data Validade da Senha 03/02/21
Dados do Beneficiário			10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		
8-Número da Carteira 00202532410200000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ROSANA PACHECO			14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano WILLIAN ALVES DE OLIVEIRA	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante ETHEL CHRISTINA SFEIR		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22265337889			22-Nome do Contratado Executante ETHEL CHRISTINA SFEIR		
25-Nome do Profissional Executante ETHEL CHRISTINA SFEIR			18-Número na CRO 86205	19-UF SP	20-Código CBO S
			23-Número na CRO 86205	24-UF SP	25-Código CNES
			27-Número na CRO 86205	28-UF SP	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218
(I) 81000421-

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-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	ODP	1	122,00	0,00	0,00	S	11/11/20		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	18/11/20		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	18/11/20		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	18/11/20		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	18/11/20		
6-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	09/11/20		
7-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00	0,00	S	11/11/20		
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 310,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/20 Ethel C. Sfeir	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/20 Willian Alves de Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	---	--

CLIENTE: Rosanna Pacheco

INDICAÇÃO: Rx inicial (26)

Nº
DATA / /

OBS.: _____

● ● ● ● ● ● ● ●								S	● ● ● ● ● ● ● ●							
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	
D																
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	
● ● ● ● ● ● ● ●									● ● ● ● ● ● ● ●							

Dupon - 005

26