



625184
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/07/21	4-Data de Autorização 22/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8831070	7-Data Validade da Senha 17/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530373400000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SABRINA PRIKLADNICKI		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PAULO THIAGO AGRANONIK DE MELO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOSE URBANO MARTINI SCHUH RUCKER	18-Número no CRO 4192	19-UF RS	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85400220-27
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22254668072	22-Nome do Contratado Executante JOSE URBANO MARTINI SCHUH RUCKER	23-Número no CRO 4192	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JOSE URBANO MARTINI SCHUH RUCKER		27-Número no CRO 4192	28-UF RS	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-	0085400220	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	27		1	299,00	0,00		S	13/08/21		x Sabrina
2-	0085400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	27		1	154,00	0,00		S	13/08/21		x Sabrina
3-	0085400157	COROA TOTAL METALO-	27		1	1343,00	604,35		S	13/08/21		x Sabrina
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/08/21	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 1796,00	47-Valor Total R\$ 604,35	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 13/08/21 x Rucker	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/08/21 x Rucker	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/08/21 x Sabrina	53-Data, local e Assinatura da Empresa 13/08/21
--	--	---	--