



406664
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/11/2020	4-Data de Autuação 29/11/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8002843	7-Data Validade da Senha 25/11/2021
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202533128500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALEXANDRE ARAUJO DE ALMEIDA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALEXANDRE ARAUJO DE ALMEIDA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA	18-Número no CRO 135995	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06697316683	22-Nome do Contratado Executante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA	23-Número no CRO 135995	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LUCIDAYANE GOULART DE PAULA		27-Número no CRO 135995	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-Resposta
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			30/10/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			30/10/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			30/10/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00			30/10/20		
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00			30/10/20		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00			30/10/20		
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 262,00	47-Valor Total R\$ 78,60	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(ram) 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 30/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/10/20
---	---	---	---

Lucidayane Goulart de Paula
Cirurgiã Dentista - CRO-SP: 135.995