



738945
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 4 / 1 0 / 2 1	4-Data de Autorização 1 9 / 1 0 / 2 1	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 9168714	7-Data Validade da Senha 1 2 / 0 1 / 2 2
--------------------------	--	--	----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 1 1 9 2 0 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARLOS DAMASCENO DOS SANTOS		14-Telefone 05/04/1992	15-Nome do titular do plano CARLOS DAMASCENO DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VALTER AKIIO HOSOKAWA	18-Número no CRO 55914	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 8 6 7 8 3 2 0 8 9 3	22-Nome do Contratado Executante VALTER AKIIO HOSOKAWA	23-Número no CRO 55914	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante VALTER AKIIO HOSOKAWA		27-Número no CRO 55914	28-UF SP	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	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 , 0 0	0,00		S	0 1 / 1 1 / 2 1		
2	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3 5 , 0 0	0,00		S	0 1 / 1 1 / 2 1		
3	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3 5 , 0 0	0,00		S	0 1 / 1 1 / 2 1		
4	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAI D		1	3 5 , 0 0	0,00		S	0 1 / 1 1 / 2 1		
5	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3 5 , 0 0	0,00		S	0 1 / 1 1 / 2 1		
6	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	11 MD		1	8 8 , 0 0	0,00		S	0 1 / 1 1 / 2 1		
7	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	12 DM		1	8 8 , 0 0	0,00		S	0 1 / 1 1 / 2 1		
8	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	14 O		1	6 1 , 0 0	0,00		S	0 1 / 1 1 / 2 1		
9	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	15 DO		1	8 8 , 0 0	0,00		S	0 1 / 1 1 / 2 1		
10	0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	16 DOP		1	1 2 2 , 0 0	0,00		S	0 1 / 1 1 / 2 1		
11	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	17 OP		1	8 8 , 0 0	0,00		S	0 1 / 1 1 / 2 1		
12	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	23 D		1	6 1 , 0 0	0,00		S	0 1 / 1 1 / 2 1		
13	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	24 OM		1	8 8 , 0 0	0,00		S	0 1 / 1 1 / 2 1		
14	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	25 OD		1	8 8 , 0 0	0,00		S	0 1 / 1 1 / 2 1		
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 9 4 6 , 0 0	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 Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--