



317365
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/05/20	4-Data de Autorização 05/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7597768	7-Data Validade da Senha 25/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202529869800000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 00000000000000000000
13-Nome ADRIANA SANTOS DA CUNHA				14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ADRIANA SANTOS DA CUNHA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA MATHIAS DE SOUZA BERCE		18-Número no CRO 113873	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - ASUP Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200140-25
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 23015041827		22-Nome do Contratado Executante JESSICA MATHIAS DE SOUZA BERCE		23-Número no CRO 113873		24-UF SP	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante JESSICA MATHIAS DE SOUZA BERCE		27-Número no CRO 113873		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-	0085200140	TRATAMENTO ENDODONTICO	25		1	333,00	0,00		S	11/08/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
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 333,00	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 11/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 11/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/08/20 Jéssica M. S. Berce Cirurgiã-Dentista CRO/SP 113873