



426131
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 2 4 1 1 1 1 2 0 4-Data de Autorização 3 0 1 1 1 1 2 0 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8083221 7-Data Validade da Senha 2 2 1 0 2 2 1 1

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 1 6 3 9 6 0 0 0 0 1 0 2 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome FABIO RODRIGUES COUTO 10/10/1982 14-Telefone 9 6 6 7 1 8 6 7 0 15-Nome do titular do plano TATIANE REGINA LIMA BONTZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA 18-Número no CRO 26161 19-UF RS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 8 4 5 7 6 5 3 7 0 9 1 1 22-Nome do Contratado Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA 23-Número no CRO 26161 24-UF RS 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA 27-Número no CRO 26161 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-Cid	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 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3 4 0 0	0 0 0 0		S			
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6 0 0	0 0 0 0		S			
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6 0 0	0 0 0 0		S			
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6 0 0	0 0 0 0		S			
5-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6 0 0	0 0 0 0		S			
6-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA		16	8 8 0 0	0 0 0 0		S			
7-0	0	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ		35	7 3 0 0	0 0 0 0		S			
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 3 3 9 0 0 47-Valor Total R\$ 0 0 0 0 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 e contra. 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 Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa