



496995
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/11/03/1211		4-Data de Autorização 11/11/03/1211		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8378865		7-Data Validade da Senha 10/9/10/6/1211	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202536244400001011				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LEANDRO DA SILVA				14-Telefone 03/10/1984		15-Nome do titular do plano LEANDRO DA SILVA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante ATAMIS MARIA VELOSO MALTA				18-Número no CRO 43182		19-UF RJ		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 57868832649111		22-Nome do Contratado Executante ATAMIS MARIA VELOSO MALTA				23-Número no CRO 43182		24-UF RJ		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ATAMIS MARIA VELOSO MALTA						27-Número no CRO 43182		28-UF RJ		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	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00		S	15/03/21	
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00		S	15/03/21	
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00		S	15/03/21	
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00		S	15/03/21	
5	008110001065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	15/03/21	
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Prescrição, Término do Tratamento 11/11/03/1211		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 174,00		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 no 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-Cópia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/03/1211											
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/03/1211											
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/03/1211											
53-Data, local e Carimbo da Empresa											

Dr. Atamis Maria Veloso Malta
Cirurgião Dentista
CRO - 43182