



372231
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/09/20	4-Data de Autorização 10/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7856582	7-Data Validade da Senha 08/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531754500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _/_/___/___	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLAUDIONOR DE MORAES DOMICIANO 25/05/1980		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CLAUDIONOR DE MORAES DOMICIANO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRISTIANE PAAL MONTEIRO	18-Número no CRO 56836	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15961289842	22-Nome do Contratado Executante CRISTIANE PAAL MONTEIRO	23-Número no CRO 56836	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CRISTIANE PAAL MONTEIRO		27-Número no CRO 56836	28-UF SP	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	61,00	0,00		S	/	/	
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	61,00	0,00		S	/	/	
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	/	/	
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	/	/	
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	/	/	
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	/	/	
7-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	/	/	
8-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	16		1	73,00	0,00		S	/	/	
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 396,00	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 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 _/_/___/___
--	--	--	--