



2- Nº

407474
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/08/2010		4-Data de Autorização 12/09/2010		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8006373		7-Data Validade da Senha 12/06/2011																																																																																																																																																																																																	
8-Número da Carteira 10102025272079000000101						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 MARIA RAIMUNDA DE JESUS VIANA																																																																																																																																																																																																					
14-Telefone (11) 31970114802						15-Nome do titular do plano MARIA RAIMUNDA DE JESUS VIANA																																																																																																																																																																																																					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		18-Número no CRO 111393		19-UF SP		20-Código CBO S		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0048153677852																																																																																																																																																																																																	
22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		23-Número no CRO 111393		24-UF SP		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ		27-Número no CRO 111393																																																																																																																																																																																																	
28-UF SP		29-Código CBO S		30-Valor		31-Franchise/Co-participação R\$		32-Aut		33-Motivo da Glosa 42-Assinatura																																																																																																																																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>30-Tabella</th> <th>31-Código do Procedimento</th> <th>32-Descrição</th> <th>33-Dente/Região</th> <th>34-Face</th> <th>35-Qtd</th> <th>36-Quantidade US</th> <th>37-Valor</th> <th>38-Franchise/Co-participação R\$</th> <th>39-Aut</th> <th>40-Data de Realização</th> <th>41-Motivo da Glosa 42-Assinatura</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-0101815100200</td> <td>RESTAURAÇÃO RESINA</td> <td>22 MP</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>88,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>1</td> <td>11/11/20</td> <td>MARIA</td> </tr> <tr> <td>2-0101815100200</td> <td>RESTAURAÇÃO RESINA</td> <td>23 MD</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>88,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>1</td> <td>11/11/20</td> <td>MARIA</td> </tr> <tr> <td>3-010181000421</td> <td>RX PERIAPICAL</td> <td>RCSD</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>14,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>1</td> <td>11/11/20</td> <td>MARIA</td> </tr> <tr><td>4-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>												30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	1-0101815100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22 MP	1	1	1	88,00	0,00	0,00	1	11/11/20	MARIA	2-0101815100200	RESTAURAÇÃO RESINA	23 MD	1	1	1	88,00	0,00	0,00	1	11/11/20	MARIA	3-010181000421	RX PERIAPICAL	RCSD	1	1	1	14,00	0,00	0,00	1	11/11/20	MARIA	4-												5-												6-												7-												8-												9-												10-												11-												12-												13-												14-												15-											
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura																																																																																																																																																																																																
1-0101815100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22 MP	1	1	1	88,00	0,00	0,00	1	11/11/20	MARIA																																																																																																																																																																																																
2-0101815100200	RESTAURAÇÃO RESINA	23 MD	1	1	1	88,00	0,00	0,00	1	11/11/20	MARIA																																																																																																																																																																																																
3-010181000421	RX PERIAPICAL	RCSD	1	1	1	14,00	0,00	0,00	1	11/11/20	MARIA																																																																																																																																																																																																
4-																																																																																																																																																																																																											
5-																																																																																																																																																																																																											
6-																																																																																																																																																																																																											
7-																																																																																																																																																																																																											
8-																																																																																																																																																																																																											
9-																																																																																																																																																																																																											
10-																																																																																																																																																																																																											
11-																																																																																																																																																																																																											
12-																																																																																																																																																																																																											
13-																																																																																																																																																																																																											
14-																																																																																																																																																																																																											
15-																																																																																																																																																																																																											
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/20				44-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial				45-Valor Total R\$ 190,00																																																																																																																																																																																																			
46-Total Franquia / Co-participação R\$				47-Valor Total R\$				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(ram) 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, incluindo o pagamento dos custos conforme previsto em contrato.

49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/20		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/20 MARIA		52-Data, local e Assinatura da Empresa	
---------------	--	---	--	---	--	--	--