



340201
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2017	4-Data de Autorização 16/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7709636	7-Data Validade da Senha 14/10/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira 00202530404300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PRISCILA SILVA DOS SANTOS		14-Telefone 06/01/1996	15-Nome do titular do plano ADRIANE GONCALVES DELPHINO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LETICIA DE PAULA MACEDO	18-Número no CRO 45998	19-UF RJ	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14959294779	22-Nome do Contratado Executante LETICIA DE PAULA MACEDO	23-Número no CRO 45998	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LETICIA DE PAULA MACEDO		27-Número no CRO 45998	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00		S	/ /		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	61,00	0,00		S	/ /		
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00		S	/ /		
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	61,00	0,00		S	/ /		
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 271,00	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 17/10/2017 Leticia de Paula Macedo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--

Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ 45998