



302410
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/2017	4-Data de Autorização 20/04/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7486770	7-Data Validade da Senha 15/06/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202529492000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOAO VITOR DE MORAIS SANTOS			14-Telefone () - -	15-Nome do titular do plano JOAO VITOR DE MORAIS SANTOS	

16-Atendimento a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante DANIELE SILVA DE CARVALHO						18-Número no CRO 46464		19-UF RJ		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 14651642780						22-Nome do Contratado Executante DANIELE SILVA DE CARVALHO						23-Número no CRO 46464		24-UF RJ		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante DANIELE SILVA DE CARVALHO						27-Número no CRO 46464						28-UF RJ		29-Código CBO S					

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			28/04/2018		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			28/04/2018		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			28/04/2018		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			28/04/2018		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			28/04/2018		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 178,00	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), fôram realizados 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 Contratado 28/04/2018, Daniele Silva de Carvalho, Cirurgião Dentista, CRO RJ 46464	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/04/2018, J. Vitor de Moraes Santos	53-Data, local e Cadrinho da Empresa / /
--	---	--	---