



1145729
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2019	4-Data de Autorização 16/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10367664	7-Data Validade da Senha 15/12/2022
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202551130500000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOELMA BALBINO DA CONCEICAO				14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOELMA BALBINO DA CONCEICAO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DEBORA CRISTINA DA SILVA		18-Número no CRO 49485	19-UF RJ	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05366115728		22-Nome do Contratado Executante DEBORA CRISTINA DA SILVA		23-Número no CRO 49485		24-UF RJ	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante DEBORA CRISTINA DA SILVA		27-Número no CRO 49485		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
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			16/10/2019		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			16/10/2019		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			16/10/2019		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			16/10/2019		
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 144,00	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 16/10/2019, Dr. Debora C. Silva Cirurgiã-Dentista CRO-RJ 49485	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/2019, Dr. Debora C. Silva Cirurgiã-Dentista CRO-RJ 49485	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/2019, Joelma Balbino da Conceicao	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--