


642554
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 31/10/2017	3-Data de Autorização 14/08/2017	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8884183	6-Data Validade da Senha 29/10/2017
7-Data de Realização					
8-Número da Carteira 00202539054400000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome EDUARDO ALVES DOS SANTOS			14-Telefone 10/11/1977		15-Nome do titular do plano THAIS RODRIGUES ALVES DOS SANTOS
16-Atendimento a RH N					
17-Nome do Profissional Solicitante PAULINO DOS SANTOS			18-Número no CRO 94633		19-UF SP
20-Código CBO S 025 -			Faturar Empresa		
21-Código no Contrato / CNF / CNP 32216203815			22-Nome do Contratado Emissante PAULINO DOS SANTOS		23-Número no CRO 94633
24-UF SP			25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante PAULINO DOS SANTOS			27-Número no CRO 94633		28-UF SP
29-Código CBO S					

30-Classe	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	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61,00	0,00	S	14/08/2017		Edwards
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00	S	21/08/2017		Edwards
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00	S	28/08/2017		Edwards
4	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	P	1	61,00	0,00	S	14/08/2017		Edwards
5	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00	S	28/08/2017		Edwards
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Emissão da Guia 22/08/2017	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 305,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro que li e compreendi integralmente o conteúdo deste documento, incluindo as condições, 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 referência ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Data e Assinatura do Paciente / Responsável 22/08/2017	50-Data e Assinatura do Profissional Assistente 22/08/2017	51-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/08/2017	52-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	--	-------------------------------------