



1462399
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 3 / 0 5 / 2 3	4-Data de Autorização 2 0 / 0 6 / 2 3	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11251173	7-Data Validade da Senha 2 1 / 0 8 / 2 3
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 8 2 4 1 5 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BENEFICIARIO TESTE TREINAMENTO 01/01/1980		14-Telefone (_ _) _ _ _ - _ _ _	15-Nome do titular do plano BENEFICIARIO TESTE TREINAMENTO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENTISTA TESTE PF	18-Número no CRO 77777	19-UF PR	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 7 6 8 3 5 9 6 1 1 6	22-Nome do Contratado Executante DENTISTA TESTE PF	23-Número no CRO 77777	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DENTISTA TESTE PF		27-Número no CRO 77777	28-UF PR	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200158-28

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-	0 0 8 5 2 0 0 1 5 8	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	28		1	5 3 3 0 0	0 0		S			
2-												
3-												
4-												
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 5 3 3 0 0		47-Valor Total R\$ _ _ _ _ 0 _ 0		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 _ _ / _ _ / _ _		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável _ _ / _ _ / _ _		53-Data, local e Carimbo da Empresa _ _ / _ _ / _ _	