



1436626
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/14/01/52	4-Data de Autorização 10/14/01/52	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11179475	7-Data Validade da Senha 10/12/01/82
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 10020255677210000010		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NORMELIA BRITO		31/08/1991		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano NORMELIA BRITO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DIOGO RODRIGUES DE ARAUJO		18-Número no CRO 49761	19-UF RJ	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12886337773		22-Nome do Contratado Executante DIOGO RODRIGUES DE ARAUJO		23-Número no CRO 49761		24-UF RJ	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante DIOGO RODRIGUES DE ARAUJO		27-Número no CRO 49761		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-Assin
1-	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	16/12/23		
2-	01820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	24		1	73,00	0,00		S	16/12/23		
3-	01820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	26		1	73,00	0,00		S	16/12/23		
4-	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00		S	16/12/23		
6-	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00	0,00		S	16/12/23		
6-	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	16/12/23		
7-	0185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DV	1	88,00	0,00		S	16/12/23		
8-												
8-												
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 451,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação F
---	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---------------------------------------

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 por 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, 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 16/12/23 Dr. Diogo Rodrigues de Araujo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/12/23 Dr. Diogo Rodrigues de Araujo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/12/23 Normelia Brito	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/12/23
---	---	--	---

Dr. Diogo R. Araujo
CRO-RJ 49761
Cirurgião Dentista