



411133
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/20	4-Data de Autorização 05/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8020985	7-Data Validade da Senha 02/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532256000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RAISSA DE CASTRO DIAS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RAISSA DE CASTRO DIAS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROSANA CURCIO	18-Número no CRO 42646	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14533549802	22-Nome do Contratado Executante ROSANA CURCIO	23-Número no CRO 42646	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ROSANA CURCIO		27-Número no CRO 42646	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 85100200

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	04/11/20		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00		S	23/11/20		
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88,00	0,00		S	25/11/20		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00		S	25/11/20		
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00		S	25/11/20		
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OV	1	88,00	0,00		S	16/11/20		
7	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00		S	16/11/20		
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	16/11/20		
9	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	26/11/20		
10	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	26/11/20		
11	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	26/11/20		
12	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	26/11/20		
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 713,00	47-Valor Total R\$ 390,00	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 Imagens analisados.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/11/20 Dra. Rosana Curcio CRO-SP 42646	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/20 Dra. Rosana Curcio CRO-SP 42646	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/20 RAISSA DE CASTRO DIAS	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/11/20 CLINICA ODONTOLÓGICA CURCIO LTO
---	---	--	--