



455881
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 18/01/21		4-Data de Autorização 25/01/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8204657		7-Data Validade da Senha 18/04/21			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00202529073700000004				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome LARISSA DA SILVA GONALVES						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano VANESSA DA SILVA GONCALVES					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA				18-Número no CRO 39704		19-UF RJ		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12816546713				22-Nome do Contratado Executante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA				23-Número no CRO 39704		24-UF RJ			
25-Nome do Profissional Executante ANTONIO MANUEL GARCIA DA ROSA						26-Número no CRO 39704		27-UF RJ		28-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-Assinatura	
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	25/01/21			
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	25/01/21			
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	25/01/21			
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	25/01/21			
5	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	61,00	0,00		S	25/01/21			
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
43-Data Previsto Término do Tratamento 25/01/21		44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 205,00		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 25/01/21 Antonio Manuel Garcia da Rosa CRO/RJ-CD-39704				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/01/21 Antonio Manuel Garcia da Rosa CRO/RJ-CD-39704				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/01/21				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	