



433461
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/12/20	4-Data de Autorização 07/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8113707	7-Data Validade da Senha 03/03/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202532907500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome TAIS DE OLIVEIRA DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TAIS DE OLIVEIRA DOS SANTOS		
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 Enviar - RX (I) 85100200
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	
26-Nome do Profissional Executante ROSANA CURCIO		27-Número no CRO 42646	28-UF SP	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-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00		S	09/12/20		Tais Santos
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00		S	09/12/20		Tais Santos
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 149,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 03/12/20 Dra. Rosana Curcio Cirurgiã Dentista CRO-SP 42646	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/12/20 Dra. Rosana Curcio Cirurgiã Dentista CRO-SP 42646	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/12/20 Tais Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/12/20 CLINICA ODONTOLÓGICA CURCIO LTDA
---------------	--	--	--	---