



535686
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/04/21	4-Data de Autorização 28/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8528765	7-Data Validade da Senha 27/07/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202536792200000101									
13-Nome MOISES ALVES FERNANDES				14-Telefone 03/06/1989		15-Nome do titular do plano MOISES ALVES FERNANDES			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 130389		19-UF SP		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JOCIANE DA SILVA PRETEL							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 28272139820		22-Nome do Contratado Executante JOCIANE DA SILVA PRETEL		23-Número no CRO 130389		24-UF SP		25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante JOCIANE DA SILVA PRETEL				27-Número no CRO 130389		28-UF SP		29-Código CBO S	

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	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	27		1	73,00	0,00			28/04/21		<i>moises alves fernandes</i>
2	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	37		1	73,00	0,00			28/04/21		<i>moises alves fernandes</i>
3	00851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	M	1	61,00	0,00			30/04/21		<i>moises alves fernandes</i>
4	00851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MD	1	88,00	0,00			30/04/21		<i>moises alves fernandes</i>
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Baixa Previsão Tempo do Tratamento 30.04.21	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 295,00	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 Solicitante 30/04/21 Jociane Pretel	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/04/21 Jociane Pretel	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/04/21 moises alves fernandes	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Dra. Jociane S. Pretel
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 130389