



647699
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/08/21	4-Data de Autorização 06/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8900352	7-Data Validade da Senha 02/11/21
8-Número da Carteira 00202538876300000101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Nome SANDY MARIA DE JESUS BARBOSA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SANDY MARIA DE JESUS BARBOSA	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO			18-Número no CRO 24649	19-UF RJ	20-Código CBO § 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07339630724			22-Nome do Contratado Executante NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO	23-Número no CRO 24649	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Executante NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO			26-Número no CRO 24649	27-UF RJ	28-Código CBO §

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Pace	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	24		1	73,00	0,00		S	19/08/21		8803
2	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	25		1	73,00	0,00		S	19/08/21		8803
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/08/21	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 146,00	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 19/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/08/21 Sandy Maria de J. Barbosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/08/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/08/21
---	---	---	---

Noemi Martucci Dias Tosatto
Cirurgiã - Dentista/Endodontista
CRO/RJ: 24649



641699
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/07/21	4-Data de Autorização 30/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8881543	7-Data Validade da Senha 28/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202538876300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SANDY MARIA DE JESUS BARBOSA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano SANDY MARIA DE JESUS BARBOSA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO	18-Número no CRO 24649	19-UF RJ	20-Código CBO 3 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07339630724		22-Nome do Contratado Executante NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO		23-Número no CRO 24649	24-UF RJ	25-Código CNEB
26-Nome do Profissional Executante NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO		27-Número no CRO 24649		28-UF RJ	29-Código CBO 3	

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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/08/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/08/21	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 34,00	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 03/08/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/08/21 Sandy Maria de J. Barbosa.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/08/21	54-Data, local e Carimbo da Empresa Noemi Martucci Dias Tosatto Cirurgiã - Dentista/Endodontista CRO/RJ: 24649
---	---	--	---	---