



441050
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/12/20	4-Data de Autorização 26/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8146232	7-Data Validade da Senha 15/03/21
8-Número da Carteira 00202533989400000101					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome DIEGO RIBEIRO MACEDO			
14-Telefone () -		15-Data de Nascimento 08/04/1988			
16-Data de Compromisso Responsável pelo Tratamento					
17-Nome do Profissional Solicitante SILVANA LANZUOLO		18-Número no CRO 31234		19-UF SP	
20-Código CBO S		21-UF SP		22-Código CNES	
23-Número no CRO 31234		24-UF SP		25-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante SILVANA LANZUOLO		27-Número no CRO 31234		28-UF SP	
29-Código CBO S		30-Data de Realização 26/01/21			

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	36	O	1	61,00	0,00	S	26/01/21			
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00	S	26/01/21			
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00	S	26/01/21			
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OM	1	88,00	0,00	S	26/01/21			
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00	S	26/01/21			
6	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00	S	26/01/21			
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 299,00	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 26/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/01/21
---	---	---	---