



440457
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 14/11/2020		4-Data de Autorização 14/11/2020		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8143585		7-Data Validade da Senha 14/10/2021		
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202529867200000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome WAGNER RODOLFO TEIXEIRA DIAS						14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano WAGNER RODOLFO TEIXEIRA DIAS				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante INGRID TRANHAQUE SANTOS				18-Número no CRO 42998		19-UF RJ		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 148542227				22-Nome do Contratado Executante INGRID TRANHAQUE SANTOS				23-Número no CRO 42998		24-UF RJ		
26-Nome do Profissional Executante INGRID TRANHAQUE SANTOS				27-Número no CRO 42998				28-UF RJ		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	34	O	1	61,00	0,00		S	14/12/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	14/12/20		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	D	1	61,00	0,00		S	14/12/20		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00		S	14/12/20		
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	14/12/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto 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 305,00		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-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 14/12/20				51-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/12/20				52-Dado local e Assinatura do Beneficiário Responsável 14/12/20				
53-Dado local e Assinatura do Beneficiário Responsável 14/12/20				54-Dado local e Assinatura do Beneficiário Responsável 14/12/20				55-Dado local e Assinatura do Beneficiário Responsável 14/12/20				