



681781  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2   6   /   0   8   /   2   1	4-Data de Autorização 2   6   /   0   8   /   2   1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8991326	7-Data Validade da Senha 2   4   /   1   1   /   2   1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0   0   2   0   2   5   3   9   7   6   1   4   0   0   0   0   1   0   1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _ / _ / _	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIA LUCIA GUIDA DA ROCHA		14-Telefone 04/05/1966	15-Nome do titular do plano MARIA LUCIA GUIDA DA ROCHA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOPAR CLINICA ODONTOLOGICA LTDA - ME	18-Número no CRO 25867	19-UF RJ	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85400149-46
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0   7   8   7   9   6   6   4   7   9   3	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA BATISTA BORBA VARAJAO	23-Número no CRO 25867	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA BATISTA BORBA VARAJAO		27-Número no CRO 25867	28-UF RJ	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-	0   0   8   5   4   0   0   1   4   9	COROA TOTAL METÁLICA	46		1	4   7   2   0   0	0   0		S			
2-												
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 4   7   2   0   0	47-Valor Total R\$ _   0   0	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 SAB1629979017824 anexar foto final para analise na produção
--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante _ / _ / _	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista _ / _ / _	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável _ / _ / _	53-Data, local e Carimbo da Empresa _ / _ / _
--	--	--	--