



2-Nº

606756
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/01/2017	4-Data de Autorização 16/01/2017	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8771750	7-Data Validade da Sentença 30/09/2017	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 010202025388628000000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira	12-Nome do titular do plano JULIANE RANGEL MARTINS DELFINO
13-Nome FRANCISCO ALVES DOS SANTOS						
20/02/1991						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
15-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIELE CAMARA DE MORAIS	18-Número no CRO 41096	19-UF RJ	20-Código CBO S	21-UF RJ	22-Código CNES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11011481216730	22-Nome do Contratado Executante DANIELE CAMARA DE MORAIS		23-Número no CRO 41096	24-UF RJ	25-Código CNES	26-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante DANIELE CAMARA DE MORAIS	27-Número no CRO 41096	28-UF RJ	29-Código CBO S	Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100218		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faco	35-Qtd	36-Quantidade US
1-001851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	11	PM	1	1	8,8000
2-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	P	1	1	6,1000
3-00185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OMD	1	1	12,2000
4-00185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OMD	1	1	12,2000
5-00185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OMD	1	1	12,2000
6-00185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OMD	1	1	12,2000
7-00185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OMD	1	1	12,2000
8-00185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OMD	1	1	12,2000
9-00185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OMD	1	1	12,2000
10-00185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OMD	1	1	12,2000
11-00185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OMD	1	1	12,2000
12-00185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OMD	1	1	12,2000
13-00185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OMD	1	1	12,2000
14-00185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OMD	1	1	12,2000
15-00185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OMD	1	1	12,2000
37-Valor						
38-Franquia/Co-participação R\$						
39-Aut						
40-Data de Realização						
41-Motivo de Glosa 42-Assinatura						
43-Data Previsão Término do Tratamento						
44-Tipo de Atendimento						
45-Tipo de Faturamento						
46-Total Quantidade US						
47-Valor Total R\$						
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 16/01/2017 DANIELE	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 16/01/2017 DANIELE	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário 16/01/2017 FRANCISCO ALVES DOS SANTOS	53-Data, local e Cálculo de Empresa 16/01/2017 DANIELE C. MORAIS
Camara de morais			
Camara de morais			
CRO-RJ 41096			