



1394063
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/2013	4-Data de Autorização 04/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11057028	7-Data Validade da Senha 12/07/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020251557500000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BARBARA CRISTINA LADEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano BARBARA CRISTINA LADEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIOGO RODRIGUES DE ARAUJO	18-Número no CRO 49761	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12886337773	22-Nome do Contratado Executante DIOGO RODRIGUES DE ARAUJO	23-Número no CRO 49761	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante DIOGO RODRIGUES DE ARAUJO		27-Número no CRO 49761	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-Assin
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	14/04/23		Blb
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	14/04/23		Blb
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	14/04/23		Blb
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	14/04/23		Blb
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	14/04/23		Blb
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VM	1	88,00	0,00		S	14/04/23		Blb
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 266,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação F
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

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 por 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, 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 14/10/2013	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/10/2013	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 14/10/2013	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/10/2013
---	---	---	---

Dr. Diogo R. Araujo
CRO-RJ 49761
Cirurgião Dentista