



425480
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/20	4-Data de Autorização 25/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8080535	7-Data Validade da Senha 21/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202533442900000101					
13-Nome JOAO EUDES ELIAS DE ARAUJO		14-Telefone 23/06/1974	15-Nome do titular do plano JOAO EUDES ELIAS DE ARAUJO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 4137	19-UF PE	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RITA ISABEL DE MORAIS PEDROZA	23-Número no CRO 4137	24-UF PE	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 68913729415		22-Nome do Contratado Executante RITA ISABEL DE MORAIS PEDROZA			
26-Nome do Profissional Executante RITA ISABEL DE MORAIS PEDROZA		27-Número no CRO 4137	28-UF PE	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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	19/11/2020		
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	17	DOM	1	122,00	0,00		S	03/12/2020		
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00		S	03/12/2020		
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	13	DP	1	88,00	0,00		S	03/12/2020		
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	88,00	0,00		S	17/12/2020		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00		S	22/12/2020		
7	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	41	DVL	1	122,00	0,00		S	10/12/2020		
8	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	88,00	0,00		S	16/12/2020		
9	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	26/11/2020		
10	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	26/11/2020		
11	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	26/11/2020		
12	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	26/11/2020		
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 835,00	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
Dente 14 carie na face D com comprometimento da face O

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/12/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--