

367343
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/08/20	4-Data de Autorização 01/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7836802	7-Data Validade da Senha 29/11/20
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / / /
8-Número da Carteira 00202524502800000101		13-Nome AMANDA CRISTINA DA SILVA LEITE FELIX		14-Telefone () - - - - -	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO		15-Nome do titular do plano AMANDA CRISTINA DA SILVA LEITE FELIX	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15878037807		22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO		18-Número no CRO 58579	19-UF SP
26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO		23-Número no CRO 58579		24-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200
		27-Número no CRO 58579		28-UF SP	25-Código CNES
				29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
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\$					
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88,00	0,00			S	03/09/20		<i>Amanda</i>
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 88,00	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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/09/20 <i>ADRIANA</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/09/20 <i>Amanda</i>
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /		