



896845
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 06/03/22	4-Data de Autorização 06/03/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 986777	7-Data Validade da Senha 04/06/22
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020254271110000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 00/00/00	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EVANGELINA DE PAULA RAMOS DOS SANTOS		14-Telefone (000) 0000-0000	15-Data de Nascimento 07/08/1964		
16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento EVANGELINA DE PAULA RAMOS DOS SANTOS					
18-Alcance da RIN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIELLY DE SOUZA OLIVEIRA	19-Nº no CRO 42123	20-UF RJ	21-Código CBO S 025 -	22-Código CNES Faturar Empresa
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14845400711	24-Nome do Contratado Executante DANIELLY DE SOUZA OLIVEIRA	25-Nº no CRO 42123	26-UF RJ	27-Código CBO S Envlar - RX	28-Código CNES (I) 85100200
29-Nome do Profissional Executante DANIELLY DE SOUZA OLIVEIRA		30-Nº no CRO 42123	31-UF RJ	32-Código CBO S (I) 85100200	

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 de Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	88,00	0,00	S	07/03/22			XES
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	38	OD	1	88,00	0,00	S	07/03/22			XES
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Projeção/Validade do Tratamento 07/03/22	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 176,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---	-----------------------------------	--

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 07/03/22	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/03/22	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/03/22	53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 07/03/22
--	--	--	---

Evangelina de P. R. Santos

CM ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA
34.428.503/0001-45