



404373
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 2-6/11/2011 4-Data de Autorização 12/7/11 01/2101 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7993588 7-Data Validade da Senha 12/4/11 01/211

Dados do Beneficiário 3-Número da Carteira 1002025325357000000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome PEDRO PAULO ALMEIDA DA SILVA 24/11/1978 14-Telefone (11) 11111111 15-Nome do titular do plano PEDRO PAULO ALMEIDA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante SHEILA CRISTIANE MOREIRA DA CONCEICAO DE SOUZA 18-Número no CRO 42650 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 108086136779 22-Nome do Contratado Executante SHEILA CRISTIANE MOREIRA DA CONCEICAO DE 23-Número no CRO 42650 24-UF RJ 25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100218 26-Nome do Profissional Executante SHEILA CRISTIANE MOREIRA DA CONCEICAO DE SOUZA 27-Número no CRO 42650 28-UF RJ 29-Código CBO S (1) 85100218

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-Assinatura
1-0	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	18	ODM	1	122,00	0,00	0,00	S	03/11/2020		
2-0	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	13	VD	1	88,00	0,00	0,00	S	03/11/2020		
3-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	161,00	0,00	0,00	S	03/11/2020		
4-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	161,00	0,00	0,00	S	03/11/2020		
6-0	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OMV	1	122,00	0,00	0,00	S	03/11/2020		
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0		<i>Dr.ª Sueli Cristina M. de C. de Souza</i> CRM-3 - Dentista Nº R.C.O. 42650										
13-0												
14-0												
15-0												
43-Data Previsto 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\$												

43-Data Previsto 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 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/11/2011 São Paulo 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/2011 São Paulo 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/2011 São Paulo 53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/11/2011 São Paulo