



1536693
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/07/23	4-Data de Autorização 17/08/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11461684	7-Data Validade da Senha 17/10/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

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
3-Número da Carteira 0020254960330000103					

13-Nome LUANA GOMES DA COSTA	14-Telefone () -	15-Data de Nascimento 15/10/1981	16-Nome do titular do plano FLAVIO EDUARDO CORREIA DE SA
---------------------------------	----------------------	-------------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO	18-Número no CRO 24649	19-UF RJ	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07339630724	22-Nome do Contratado Executante NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO	23-Número no CRO 24649	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO	27-Número no CRO 24649	28-UF RJ	29-Código CBO S		(I) 85100200 (I) 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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	05/09/23		
2-	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	15		1	333,00	0,00		S			
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DO	1	88,00	0,00		S			
4-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	0,00		S			
5-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MPV	1	122,00	0,00		S	26/09/23		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/09/23	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 665,00	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 05/09/23	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/09/23	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/09/23	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/09/23
---	---	---	---

Noemi Martucci Dias Tosatto
Cirurgiã Dentista/Endodontista
CRO/RJ: 24649