



464274
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 8 / 0 1 / 2 1	4-Data de Autorização 1 0 / 0 2 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8244329	7-Data Validade da Senha 2 8 / 0 4 / 2 1
8-Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 4 9 5 5 3 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CARINA FARIAS DE SOUZA		14-Telefone 05/01/1985	15-Nome do titular do plano CARINA FARIAS DE SOUZA		
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante SILVANA LANZUOLO					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 8 7 2 4 5 1 9 8 4 7		22-Nome do Contratado Executante SILVANA LANZUOLO		18-Número no CRO 31234	19-UF SP
26-Nome do Profissional Executante SILVANA LANZUOLO		23-Número no CRO 31234		24-UF SP	25-Código CNES
		27-Número no CRO 31234		28-UF SP	29-Código CBO S
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 81000421-RPDI (I) 85100200 (I) 81000421-RIS (I) 81000421- (I) 85100200 (I) 81000421-					

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 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DP	1	8 8 , 0 0	0 , 0 0		S	3 0 / 0 2 / 2 1		
2	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MP	1	8 8 , 0 0	0 , 0 0		S	3 0 / 0 2 / 2 1		
3	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	45	DO	1	8 8 , 0 0	0 , 0 0		S	3 0 / 0 2 / 2 1		
4	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	46	MO	1	8 8 , 0 0	0 , 0 0		S	3 0 / 0 2 / 2 1		
5	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	6 1 , 0 0	0 , 0 0		S	3 0 / 0 2 / 2 1		
6	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RIS		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	3 0 / 0 2 / 2 1		
7	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMID		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	3 0 / 0 2 / 2 1		
8	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPID		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	3 0 / 0 2 / 2 1		
9	0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSE		1	1 4 , 0 0	0 , 0 0		S	3 0 / 0 2 / 2 1		
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 4 6 9 , 0 0	47-Valor Total R\$ 0 , 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 , 0 0
---	--	---	---------------------------------------	-------------------------------	--

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 30/02/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/02/2021	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/02/2021	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/02/2021
---	---	---	---