



377862
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2012	4-Data de Autorização 24/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7882851	7-Data Validade da Senha 16/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202531794000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ASCENDINO ROBERTO CARDOSO IGNACIO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ASCENDINO ROBERTO CARDOSO IGNACIO	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DIOGO CASAGRANDE		18-Número no CRO 9715	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05192092906		22-Nome do Contratado Executante DIOGO CASAGRANDE		23-Número no CRD 9715	24-UF SC	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200158-16 (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante DIOGO CASAGRANDE				27-Número no CRO 9715	28-UF SC	29-Código CBO S (I) 81000421- (IF) 85200158-36

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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	17/09/20		
2	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	16		1	533,00	0,00		S	24/09/20		
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	24/09/20		
4	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	36		1	533,00	0,00		S	29/09/20		
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	29/09/20		
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 1123,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional solicitante e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, por mim solicitado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome a per 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 24/09/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 24/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	---	--	---	--