



2097396
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 07/11/24		4-Data de Autorização 08/11/24		6-Senha AUTORIZADO		8-Número de Guia Principal 13186410		7-Data Validade de Senha 05/12/25	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0020255757290000102				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ROSE DA CUNHA JOAO						14-Telefone 23/05/1965 ()		15-Nome do titular do plano EDMO ARAUJO			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MATEUS MARIANO DA SILVA				18-Número no CRO 98589		19-UF SP		20-Código CBO 8 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 31405859857				22-Nome do Contratado Executante MATEUS MARIANO DA SILVA				23-Número no CRO 98589		24-UF SP	
25-Nome do Profissional Executante MATEUS MARIANO DA SILVA						26-Número no CRO 98589		27-UF SP		28-Código CBO 8	
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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			08/11/24	xRP
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Revisão Término do Tratamento 08/11/24		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 34,00		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 08/11/24 Dr. Mateus Mariano Cirurgião Dentista CROSP-98589				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/24 Dr. Mateus Mariano Cirurgião Dentista CROSP-98589				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/24 xRP		53-Data, local e Carimbo da Empresa	