



1926412
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/06/24	4-Data de Autorização 27/06/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12629993	7-Data Validade da Senha 20/09/24
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202511548050000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALINE FABIANE KANZLER		14-Telefone 17/07/1989	15-Nome do titular do plano ALINE FABIANE KANZLER		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDREIA DOROTEU DANTAS	18-Número no CRO 30100	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36921307000172	22-Nome do Contratado Executante FSN ODONTOLOGIA E SERVICOS LTDA	23-Número no CRO 30100	24-UF PR	25-Código CNES 9999999	
26-Nome do Profissional Executante ANDREIA DOROTEU DANTAS		27-Número no CRO 30100	28-UF PR	29-Código CBO S	

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	27/06/24		Andréia Doroteu Dantas
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00		S	27/06/24		Andréia Doroteu Dantas
3-												
4-												
5-												
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 174,00	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 Grupo-Dentista 27/06/24 Dra. Andréia Doroteu Dantas CIRURGEIA DENTISTA CRO-PR 30100	51-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista 27/06/24 Dra. Andréia Doroteu Dantas CIRURGEIA DENTISTA CRO-PR 30100	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/06/24 Alina Fabiane Kanzler	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/06/24 FSN ODONTOLOGIA LTDA CNPJ: 35.921.397/0001-72
--	--	--	---