



2088043
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 31/10/24		4-Data de Autorização / /		5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO		6-Número da Guia Principal 13156327		7-Data Validade da Senha 29/01/25			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 002025117818200000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome MARTA SUTIL DA SILVA						14-Teléfono 01/01/1998		15-Nome do titular do plano MARTA SUTIL DA SILVA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ALYNE DALACORTE BARCAROLO				18-Número no CRO 22473		19-UF SC		20-Código CBO S			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09922265974		22-Nome do Contratado Executante ALYNE DALACORTE BARCAROLO				23-Número no CRO 22473		24-UF SC		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante ALYNE DALACORTE BARCAROLO						27-Número no CRO 22473		28-UF SC		29-Código CBO S			
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			04/11/24		Marta	
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00			04/11/24		Marta	
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	D	1	61,00	0,00			04/11/24		Marta	
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	M	1	61,00	0,00			/ /			
5-	00820000816	EXODONTIA A RETALHO	18		1	73,00	0,00			16/11/24		Marta	
6-										/ /			
7-										/ /			
8-										/ /			
9-										/ /			
10-										/ /			
11-										/ /			
12-										/ /			
13-										/ /			
14-										/ /			
15-										/ /			
43-Data Previsão Término de 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 0,00		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 / /			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /			53-Data, local e Carimbo da Empresa / /				