



1167419
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/09/2022	4-Data de Autorização 07/10/2022	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10426812	7-Data Validade da Senha 29/12/2022
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00202537264800000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KAREN BARBOSA NUNES DA SILVA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano KAREN BARBOSA NUNES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA BUENO PEREIRA	18-Número no CRO 119979	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 33192404000183	22-Nome do Contratado Executante F B PEREIRA ODONTOLOGIA	23-Número no CRO 119979	24-UF SP	25-Código CNES 0415057	
26-Nome do Profissional Executante FABIANA BUENO PEREIRA		27-Número no CRO 119979	28-UF SP	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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	07/10/22		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	07/10/22		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	07/10/22		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	07/10/22		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 144,00	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(ram) 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 07/10/22 Fabiana Bueno Pereira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/10/22 Fabiana Bueno Pereira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/10/22 Karen Barbosa Nunes da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/10/22 Dra. Fabiana Bueno Pereira Cirurgia Dentista CRO-SP 119979
---	---	--	---