



448835
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/11/21	4-Data de Autorização 11/10/11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8176473	7-Data Validade da Senha 07/10/14/21
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202534689200000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Name JOAO JUNIOR ASSUNCAO ESTUMANO		14-Telefone () -		15-Name do titular do plano JOAO JUNIOR ASSUNCAO ESTUMANO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Name do Profissional Solicitante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA		18-Número no CRO 14893	19-UF SC	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08104793977		22-Name do Contratado Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA		23-Número no CRO 14893		24-UF SC	25-Código CNES		
26-Name do Profissional Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA		27-Número no CRO 14893		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-	0	0	8	1	0	0	0	6	5		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1		3	4	0	0			0	0	0		S	11/10/12		João	
2-																														
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 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 Solicitante 11/10/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--