

430558
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/01/11/12/01		4-Data de Autorização 10/04/12/12/01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8101449		7-Data Validade da Senha 12/02/12/12/11		430558 INTERCÂMBIO											
Dados do Beneficiário																							
8-Número de Carteira 00202532206800001021				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
13-Nome KATHARINA MOTA DA SILVA												14-Telefone (111) 111-1111		15-Nome do titular do plano KATIA SANTOS MOTA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												025 - Faturar Empresa											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS				18-Número no CRO 19222		19-UF BA		20-Código CBO S													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0162222669506111				22-Nome do Contratado Executante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS				23-Número no CRO 19222		24-UF BA		25-Código CNES											
26-Nome do Profissional Executante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS								27-Número no CRO 19222		28-UF BA		29-Código CBO S											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																							
30- Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Régulo		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	
1-00185100196				RESTAURAÇÃO RESINA		65		O		1		6100		0100		0412120		S				xKathia	
2-																							
3-																							
4-																							
5-																							
6-																							
7-																							
8-																							
9-																							
10-																							
11-																							
12-																							
13-																							
14-																							
15-																							
43-Data Previsão Término do Tratamento 04/11/12/120												44-Tipo de Atendimento 2		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 161100		47-Valor Total R\$		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
04/11/2019 Dra. Aline Monteiro Cirurgiã - Dentista	04/11/2019 Dra. Aline Monteiro Cirurgiã - Dentista	04/11/2019 Dra. Aline Monteiro Cirurgiã - Dentista	04/11/2019 Dra. Aline Monteiro Cirurgiã - Dentista