



495054
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 09/03/21	3-Data de Autorização 09/03/21	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8370941	6-Cas Validade da Senha 07/06/21
7-Data Validade da Carteira 07/06/21					
8-Número da Carteira 00202535098300000101					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome ROSANGELA DOS REIS MORGADO		14-Data de Nascimento 15/04/1969	
15-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante BRUNO DE MELO BARRETO KOENIGSDORF	
18-Número no CRO 19521		19-UF RJ		20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operação / CNPJ / CPF 00731194748		22-Nome do Contratado Executante BRUNO DE MELO BARRETO KOENIGSDORF		23-Número no CRO 19521	
24-UF RJ		25-Código CBO S		26-Código CNES	
27-Nome do Profissional Executante BRUNO DE MELO BARRETO KOENIGSDORF		28-Número no CRO 19521		29-UF RJ	
30-Código CBO S		31-Código CNES		32-Código CBO S	

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Faixa	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Class	42- Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			09/03/21		
2-												
3-												
4-												
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 Pagamento 1-Total 2-Parcela	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia e 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), foram realizados 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 por parte previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
09/03/21

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável
09/03/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável
09/03/21

53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /