



497729
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/21/03/21	3-Data de Autorização 11/51/03/21	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8381640	7-Data Validade da Serina 11/01/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 010202025328148010010101	9-Tipo da Prestadora POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome IRACI AFONSO PEREIRA		14-Telefone 22/01/1959 () - - - - -	15-Nome do titular do plano IRACI AFONSO PEREIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Condimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ISADORA BARREIRA DA ROCHA	18-Número no CRO 12547	19-LUF DF	20-Código CBO S 025 -	21-Faturar Empresa
22-Código na Operadora - CNPJ / CPF 0516111359167	23-Nome do Contratado Executante ISADORA BARREIRA DA ROCHA				
24-Nome do Profissional Executante ISADORA BARREIRA DA ROCHA	25-Número no CRO 12547	26-LUF DF	27-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista	34-Face	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Anl	40-Data de Realização	41-Motivo da Guin	42-Assinatura
1	0108151001065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			15/03/21		
2	0108153001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00			15/03/21		
3	0108153001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00			15/03/21		
4	0108153001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00			15/03/21		
5	0108153001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00			15/03/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 15/03/21	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 117,80	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Fatura / Co-participação R\$ 0,00
--	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 e 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 conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Dente, local e Assinatura do Beneficiário 15/03/21	51-Dente, local e Assinatura do Contratado 15/03/21	52-Dente, local e Assinatura do Profissional 15/03/21	53-Dente, local e Assinatura da Empresa 15/03/21
---------------	--	--	--	---