



469635
INTERCÂMBIO

gistro ANS 6414	3-Data de Emissão da Guia 04/02/21	4-Data de Autorização 09/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 469635	7-Data Validade da Senha 05/05/21
--------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

s do Beneficiário mero da Carteira 0202533327900000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

ome S GABRIELLA SILVA SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ISABELLA PEREIRA GONZAGA DA SILVA
--------------------------------	----------------------	--

s do Contratado Responsável pelo Tratamento

tendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante CELIO DORIEDES GOMES SOARES	18-Número no CRO 1852	19-UF TO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
ódigo na Operadora / CNPJ / CPF 5101915149	22-Nome do Contratado Executante CELIO DORIEDES GOMES SOARES	23-Número no CRO 1852	24-UF TO	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200

ome do Profissional Executante ELIO DORIEDES GOMES SOARES	27-Número no CRO 1852	28-UF TO	29-Código CBO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

de Tratamento / Procedimentos Solicitados

abela	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
00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	10/02/21		ls
00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	10/02/21		ls
00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	10/02/21		ls
00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	10/02/21		ls
00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VI	1	88,00	0,00		S	10/02/21		ls
00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00		S	10/02/21		ls
00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	P	1	61,00	0,00		S	10/02/21		ls
00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	61,00	0,00		S	10/02/21		ls
00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	10/02/21		ls
00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	10/02/21		ls

ata 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 533,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

aro, 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.

bservação	ata, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
-----------	---	---	---	--