



638196
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 8 / 1 0 / 7 / 1 2 / 1 1	4-Data de Autorização 2 0 / 1 0 / 8 / 1 2 / 1 1	5-Sentia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8870592	7-Data Validade da Sentia 2 6 / 1 1 / 0 / 1 2 / 1 1
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1 0 0 1 2 0 2 5 4 0 1 9 1 1 1 0 0 0 0 0 1 0 1 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ERIKA GLEISIANE DOS REIS	31/10/1992	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ERIKA GLEISIANE DOS REIS
-------------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LETICIA COSTA DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 129662	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	----------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 4 0 7 5 0 9 0 3 8 8 0	22-Nome do Contratado Executante LETICIA COSTA DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 129662	24-UF SP	25-Código CNES (1) 85100200
--	---	----------------------------	-------------	--------------------------------

26-Nome do Profissional Executante LETICIA COSTA DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 129662	28-UF SP	29-Código CBO S
---	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	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	1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	13	P	1	6 1,0 0	0,0 0	0,0 0	1	20/08/21		Brúke
2- 0 0	1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	6 1,0 0	0,0 0	0,0 0	1	20/08/21		Brúke
3- 0 0	1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	P	1	6 1,0 0	0,0 0	0,0 0	1	20/08/21		Brúke
4- 0 0	1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	23	P	1	6 1,0 0	0,0 0	0,0 0	1	20/08/21		Brúke
5- 0 0	1 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	8 8,0 0	0,0 0	0,0 0	1	20/08/21		Brúke
6- 0 0												
7- 0 0												
8- 0 0												
9- 0 0												
10- 0 0												
11- 0 0												
12- 0 0												
13- 0 0												
14- 0 0												
15- 0 0												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onco-dentia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 13 3 2 1 0 1 0	47-Valor Total R\$ 0,0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,0 0
---	---	---	--	-----------------------------	--

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 e 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

Guia OK + Foto OK = Protocolo 406414 2021109000241

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 / /
--	--	--	--