



556312
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/05/21	4-Data de Autorização 19/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8604435	7-Data Validade da Senha 17/08/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 00202537001700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome PAULA CAROLINE WIESE	14-Telefone () -
15-Data de Nascimento 23/06/1983	15-Nome do titular do plano PAULA CAROLINE WIESE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA
18-Número no CRO 14893	19-UF SC
20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08104793977	22-Nome do Contratado Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA
23-Número no CRO 14893	24-UF SC
25-Código CNES	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA	27-Número no CRO 14893
28-UF SC	29-Código CBO S
	(I) 85100200 (I) 85100218
	(I) 85100200 (I) 85100218

30-Tabela	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
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MP	1	88,00	0,00		S	24/05/21		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MP	1	88,00	0,00		S	24/05/21		
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	VDO	1	122,00	0,00		S	31/05/21		
4	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	VDO	1	122,00	0,00		S	31/05/21		
5	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	VDO	1	122,00	0,00		S	24/05/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data 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 542,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 24/05/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/05/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/05/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--