



388849
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/20	4-Data de Autorização 03/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7929770	7-Data Validade da Senha 31/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531867500000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUIZA KAROLINE		14-Telefone 23/02/2006	15-Nome do titular do plano ALEXIA RAFAELLA SANTANA DOURADO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO	18-Número no CRO 10960	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00934911150	22-Nome do Contratado Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO	23-Número no CRO 10960	24-UF GO	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 82001286-18 (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante CLAUDIA REIS FERREIRA GALVAO		27-Número no CRO 10960	28-UF GO	29-Código CBO S	(I) 82001294-48 (I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	18		1	361,00	0,00		S	09/10/20		Maria
2-	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	186,00	0,00		S	09/10/20		Maria
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	09/10/20		Maria
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	09/10/20		Maria
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/10/20	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 575,00	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 09/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/20 Maria Socorro	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/10/20
---	---	---	---