



476504
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/21/02/21	4-Data de Autorização 11/21/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8297730	7-Data Validade da Senha 11/31/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534641200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JULIANA DE SA SANTANA		14-Temper 13/03/1992	15-Data de Nascimento (11/11) 984024118	16-Nome do titular do plano JULIANA DE SA SANTANA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
17-Atendimento a FV N	18-Nome do Profissional Solicitante BRUNA LAIS ALMEIDA BOFFI	19-Número do CRO 115699	20-UF SP	21-Código CRO S	025 - Faturar Empresa
22-Código de Operadora / CNPJ / CPF 41118760808	23-Nome do Contratado Executante BRUNA LAIS ALMEIDA BOFFI	24-Número do CRO 115699	25-UF SP	26-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200166-21 (I) 81000421-RIIS
27-Nome do Profissional Executante BRUNA LAIS ALMEIDA BOFFI		28-Número do CRO 115699	29-UF SP	30-Código CRO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente-Região	34-Tipo	35-Quantidade US	36-Valor	37-Franquia/Co-participação R\$	38-Aut	39-Data de Realização	40-Matéria da Guia	41-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3400	0,00			15/02/21		Juliana
2	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	21	1	2500	0,00			15/02/21		Juliana
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1000	0,00			15/02/21		Juliana
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto 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 30600	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / 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 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(ram) 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 Contratado 15/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 15/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--