



1123787
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/08/22	4-Data de Autorização 30/08/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10308596	7-Data Validade da Senha 28/11/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 002025401790000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EDIVANIA MARIA DE SOUZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDIVANIA MARIA DE SOUZA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GILMARA DOS SANTOS QUEIROZ	18-Número no CRO 139038	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10286694611	22-Nome do Contratado Executante GILMARA DOS SANTOS QUEIROZ	23-Número no CRO 139038	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante GILMARA DOS SANTOS QUEIROZ		27-Número no CRO 139038	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00			30/08/22		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Provisão Término do Tratamento 30/08/22	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 34,00	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 30/08/22 Dra. Gilmara Queiroz Cirurgiã Dentista CRO-SP 139038	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/08/22 Dra. Gilmara Queiroz Cirurgiã Dentista CRO-SP 139038	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/08/22 Dra. Gilmara Queiroz Cirurgiã Dentista CRO-SP 139038	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/08/22 Dra. Gilmara Queiroz Cirurgiã Dentista CRO-SP 139038
--	--	--	--