



1145574
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/09/22	4-Data de Autorização / /	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 10366985	7-Data Validade da Senha 15/12/22
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020255130990000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANDERLAINE FERREIRA DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANDERLAINE FERREIRA DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARCIA APARECIDA BIFE TEIXEIRA	18-Número no CRO 35583	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14943935818	22-Nome do Contratado Executante MARCIA APARECIDA BIFE TEIXEIRA	23-Número no CRO 35583	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MARCIA APARECIDA BIFE TEIXEIRA	27-Número no CRO 35583	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 ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			19/09/22		X Anderlaine
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			19/09/22		X Anderlaine
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			19/09/22		X Anderlaine
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			19/09/22		X Anderlaine
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00			19/09/22		X Anderlaine
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 0,00	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/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

5360

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 X Anderlaine	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--