



488256
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/03/21	4-Data de Autorização 02/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8344796	7-Data Validade da Senha 30/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 0020253537660000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA				
13-Nome IDALINA RAQUEL PEREIRA CALIGARO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano IDALINA RAQUEL PEREIRA CALIGARO		
		16/08/1976			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 14893		19-UF SC	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RIS (I) 85100218 (I) 81000421- (I) 85100218 (I) 85100218
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA					
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	
26-Nome do Profissional Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA		27-Número no CRO 14893		28-UF SC	29-Código CBO S	

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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	01/03/21		Raquel
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	01/03/21		Raquel
3-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	15		1	73,00	0,00		S	11/03/21		Raquel
4-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	34		1	73,00	0,00		S	11/03/21		Raquel
5-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	35		1	73,00	0,00		S	11/03/21		Raquel
6-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	37		1	73,00	0,00		S	08/03/21		Raquel
7-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	46		1	73,00	0,00		S	08/03/21		Raquel
8-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	DVP	1	122,00	0,00		S	X/X/X		Raquel
9-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VPD	1	122,00	0,00		S	X/X/X		Raquel
10-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VMP	1	122,00	0,00		S	X/X/X		Raquel
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 759,00	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 11/03/21 Giselle	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/03/21 Giselle	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 11/03/21 Raquel	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--