



763159
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 9 / 1 0 / 2 1	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 763159	7-Data Validade da Senha 2 7 / 0 1 / 2 2
--------------------------	--	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025405674000001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	__/__/__	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
NEIDE GONCALVES DA SILVA	() - - - - -	NEIDE GONCALVES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE OLIVEIRA BITTENCOURT	18-Número no CRO 118546	19-UF SP	20-Código CBO S
--------------------------	---	----------------------------	-------------	-----------------

025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4 0 2 2 6 3 2 5 8 5 7	22-Nome do Contratado Executante ALINE OLIVEIRA BITTENCOURT	23-Número no CRO 118546	24-UF SP	25-Código CNES
--	--	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE OLIVEIRA BITTENCOURT	118546	SP	

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 -	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4	0 0		N	/ /	/ /	
2 -	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	6 1	0 0		N	/ /	/ /	
3 -	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	6 1	0 0		N	/ /	/ /	
4 -										/ /	/ /	
5 -										/ /	/ /	
6 -										/ /	/ /	
7 -										/ /	/ /	
8 -										/ /	/ /	
9 -										/ /	/ /	
10										/ /	/ /	
11										/ /	/ /	
12										/ /	/ /	
13										/ /	/ /	
14										/ /	/ /	
15										/ /	/ /	

[illegible]

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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa