



1102358
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/08/22	4-Data de Autorização 15/08/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10248994	7-Data Validade da Senha 13/11/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202550432500000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NICOLE KETLEN DA SILVA ROSA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ADRIELEN PEREIRA ROSA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ORTHOLIFE	18-Número no CRO 11886	19-UF DF	20-Código CBO S 05	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36580953000113	22-Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLOGICA DRA ISABELLA ALENCAR	23-Número no CRO 11886	24-UF DF	25-Código CNES 0157953	
26-Nome do Profissional Executante ISABELLA FERREIRA ALENCAR		27-Número no CRO 11886	28-UF DF	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		S	15/08/22		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	15/08/22		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	15/08/22		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	15/08/22		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	15/08/22		
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 174,00	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 no 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 15/08/22	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/08/22	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--