



1430453
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2/8/2024	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 1430453	7-Data Validade da Senha 2/7/2027
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020254105920000010	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANIELE FELIZARDO DA SILVA 25/10/1984		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DANIELE FELIZARDO DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ATELIE FACIAL CLINICA ODONTOLOGICA LTDA	18-Número no CRO 30561	19-UF RJ	20-Código CBO S 06
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15470593000127	22-Nome do Contratado Executante ATELIE FACIAL CLINICA ODONTOLOGICA LTDA	23-Número no CRO 30561	24-UF RJ	25-Código CNES 9388087
26-Nome do Profissional Executante FILIPE MARCELO SANTOS COSTA		27-Número no CRO 30561	28-UF RJ	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

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-	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		N	/ /		
2-	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		N	/ /		
3-	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		N	/ /		
4-	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		N	/ /		
5-										/ /		
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 140,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--