

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JANEIRO/2021

CRO: 13611/GO

Cirurgião Dentista: (17837) - PRISCILLA RODRIGUES COSTA

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
419451 - I	CLAUDEMIR RAMOS DA SILVA (00202533072300000101)		16/11/2020	174	0.4	R\$ 69,60
423438 - I	ALICE FERNANDES DA SILVA (00202533400500000101)		20/11/2020	174	0.4	R\$ 69,60
429757 - I	ALICE FERNANDES DA SILVA (00202533400500000101)		27/11/2020	258	0.45	R\$ 116,10
435146 - I	ROSALIA CARVALHO NASCIMENTO (00202534081700000101)		05/12/2020	174	0.4	R\$ 69,60
435656 - I	WEBERTH HENRIQUE SILVA GOMES (00202534137300000101)		07/12/2020	174	0.4	R\$ 69,60
437155 - I	ALICE FERNANDES DA SILVA (00202533400500000101)		09/12/2020	366	0.4	R\$ 146,40
437290 - I	WELLINGTON ALVES OLIVEIRA (00202534081700000102)		09/12/2020	174	0.4	R\$ 69,60
Totalizador por Operadora						
				Nº de USOs:		1494
				Nº de atendimentos:		7
				Valor:		R\$ 610,50
Totalizador						
				Nº de USOs:		1494
				Nº de atendimentos:		7
				Valor:		R\$ 610,50

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa A - Concluída pelo App

Data e Hora de Emissão: 23/12/2020 16:08

Página 1 de 1



423438
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/11/20	4-Data de Autorização 20/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8071636	7-Data Validade da Senha 18/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202533400500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALICE FERNANDES DA SILVA			14-Telefone 30/03/1976 () -	15-Nome do titular do plano ALICE FERNANDES DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PRISCILLA RODRIGUES COSTA	18-Número no CRO 13611	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01616720190	22-Nome do Contratado Executante PRISCILLA RODRIGUES COSTA	23-Número no CRO 13611	24-UF GO	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante PRISCILLA RODRIGUES COSTA		27-Número no CRO 13611	28-UF GO	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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/11/20		Alice
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	23/11/20		Alice
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	23/11/20		Alice
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	23/11/20		Alice
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	23/11/20		Alice
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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, 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 23/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/20 Priscilla Rodrigues Costa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/20 Alice Fernandes da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/11/20
---	---	--	---

Priscilla Rodrigues Costa
Cirurgiã-Dentista
CRO/GO: 13611

Priscilla Rodrigues Costa
Cirurgiã-Dentista
CRO/GO: 13611

Priscilla Rodrigues Costa
Cirurgiã-Dentista
CRO/GO: 13611



419451
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/2019	4-Data de Autorização 19/11/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8055337	7-Data Validade da Senha 14/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202533072300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CLAUDEMI RAMOS DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLAUDEMI RAMOS DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PRISCILLA RODRIGUES COSTA	18-Número no CRO 13611	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01616720190	22-Nome do Contratado Executante PRISCILLA RODRIGUES COSTA	23-Número no CRO 13611	24-UF GO	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PRISCILLA RODRIGUES COSTA		27-Número no CRO 13611	28-UF GO	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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	19/11/2019		Priscilla Rodrigues Costa
2-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	19/11/2019		Priscilla Rodrigues Costa
3-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	19/11/2019		Priscilla Rodrigues Costa
4-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	19/11/2019		Priscilla Rodrigues Costa
5-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	19/11/2019		Priscilla Rodrigues Costa
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 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 19/11/2019 Priscilla Rodrigues Costa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/2019 Priscilla Rodrigues Costa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/2019 Claudemir	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/11/2019
---	---	---	---

Priscilla Rodrigues Costa
Cirurgiã-Dentista
CRO/GO: 13611



435146
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/12/20	4-Data de Autorização 09/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8120011	7-Data Validade da Senha 05/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202534081700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROSALIA CARVALHO NASCIMENTO		14-Telefone 20/08/1983	15-Nome do titular do plano ROSALIA CARVALHO NASCIMENTO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PRISCILLA RODRIGUES COSTA	18-Número no CRO 13611	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01616720190	22-Nome do Contratado Executante PRISCILLA RODRIGUES COSTA	23-Número no CRO 13611	24-UF GO	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PRISCILLA RODRIGUES COSTA		27-Número no CRO 13611	28-UF GO	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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/12/20		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	09/12/20		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	09/12/20		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	09/12/20		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	09/12/20		
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 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 09/12/20 Priscilla Rodrigues Costa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/12/20 Priscilla Rodrigues Costa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/12/20 Rosalia Carvalho Nascimento	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/12/20
---	---	---	---

Priscilla Rodrigues Costa
Cirurgiã-Dentista
CRO/GO: 13611



435656
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/12/20	4-Data de Autorização 09/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8122074	7-Data Validade da Senha 07/03/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534137300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome WEBERTH HENRIQUE SILVA GOMES		14-Telefone 06/01/1992	15-Nome do titular do plano WEBERTH HENRIQUE SILVA GOMES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PRISCILLA RODRIGUES COSTA	18-Número no CRO 13611	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01616720190	22-Nome do Contratado Executante PRISCILLA RODRIGUES COSTA	23-Número no CRO 13611	24-UF GO	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PRISCILLA RODRIGUES COSTA		27-Número no CRO 13611	28-UF GO	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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/12/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	09/12/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	09/12/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	09/12/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	09/12/20		
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 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 09/12/20 Priscilla Rodrigues Costa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/12/20 Priscilla Rodrigues Costa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/12/20 Webert H. Gomes	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/12/20 Priscilla Rodrigues Costa Cirurgião-Dentista CRO/GO: 13611
---	---	---	--



437290
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/12/20	4-Data de Autorização 11/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8129932	7-Data Validade da Senha 09/03/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202534081700000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WELLINGTON ALVES OLIVEIRA 27/07/1986			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROSALIA CARVALHO NASCIMENTO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PRISCILLA RODRIGUES COSTA		18-Número no CRO 13611	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01616720190		22-Nome do Contratado Executante PRISCILLA RODRIGUES COSTA	23-Número no CRO 13611	24-UF GO	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante PRISCILLA RODRIGUES COSTA			27-Número no CRO 13611	28-UF GO	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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	11/12/20		Wellington
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	11/12/20		Wellington
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	11/12/20		Wellington
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	11/12/20		Wellington
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	11/12/20		Wellington
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 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 11/12/20 Priscilla Rodrigues Costa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/20 Priscilla Rodrigues Costa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/20 Wellington A. Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/12/20
---	---	--	---

Priscilla Rodrigues Costa
Cirurgiã-Dentista
CRO/GO: 13611



437155
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/2012	4-Data de Autorização 15/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8129193	7-Data Validade da Senha 09/03/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533400500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALICE FERNANDES DA SILVA		14-Telefone 30/03/1976	15-Nome do titular do plano ALICE FERNANDES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PRISCILLA RODRIGUES COSTA	18-Número no CRO 13611	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01616720190	22-Nome do Contratado Executante PRISCILLA RODRIGUES COSTA	23-Número no CRO 13611	24-UF GO	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante PRISCILLA RODRIGUES COSTA		27-Número no CRO 13611	28-UF GO	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	I	1	61,00	0,00		S	15/12/20		Alice
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	I	1	61,00	0,00		S	15/12/20		Alice
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	I	1	61,00	0,00		S	15/12/20		Alice
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	41	I	1	61,00	0,00		S	18/12/20		Alice
5-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	42	I	1	61,00	0,00		S	18/12/20		Alice
6-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	I	1	61,00	0,00		S	18/12/20		Alice
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

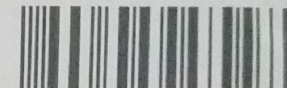
43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 366,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 18/12/2012 Priscilla Rodrigues Costa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/12/2012 Priscilla Rodrigues Costa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/12/2012 Alice Fernandes da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/12/2012
---	---	--	---

Priscilla Rodrigues Costa
Cirurgiã-Dentista
CRO/GO: 13611



429757
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 7 / 1 1 / 2 0	4-Data de Autorização 0 2 / 1 2 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8097849	7-Data Validade da Senha 2 5 / 0 2 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 3 4 0 0 5 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALICE FERNANDES DA SILVA		14-Telefone 30/03/1976	15-Nome do titular do plano ALICE FERNANDES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PRISCILLA RODRIGUES COSTA	18-Número no CRO 13611	19-UF GO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 1 6 1 6 7 2 0 1 9 0	22-Nome do Contratado Executante PRISCILLA RODRIGUES COSTA	23-Número no CRO 13611	24-UF GO	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200166-23 (IF) 85200140-24 (IF) 85200140-25
26-Nome do Profissional Executante PRISCILLA RODRIGUES COSTA		27-Número no CRO 13611	28-UF GO	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	0 0 8 5 2 0 0 1 6 6	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	23		1	2 5 8 0 0	0,00		S	08/12/20		Alice
2	0 0 8 5 2 0 0 1 4 0	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	24		1	3 3 3 0 0	0,00		S			Alice
3	0 0 8 5 2 0 0 1 4 0	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	25		1	3 3 3 0 0	0,00		S			Alice
4												
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 9 2 4 0 0	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/12/20 Priscilla R. Costa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/12/20 Priscilla R. Costa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/12/20 Alice Fernandes da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/12/20
--	--	--	---

Priscilla Rodrigues Costa
Cirurgiã-Dentista
CRO/GO: 13611