



2-Nº



550568

INTERCÂMBIO

7-Data de Emissão da Guia
406414

3-Data de Autorização
11/05/21

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8584489

11-Data Validade da Carteira
11/08/21

8-Número da Carteira
0102021537677900000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/08/21

12-Número do Certificado Nacional de Saúde

13-Nome
TATIANE DA SILVA MARTINS

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
TATIANE DA SILVA MARTINS

16-Alimentação a RN
N DENTAL DOC

17-Nome do Profissional Solicitante
GABRIELA DE LIMA E SILVA CARVALHO HYPOLITO

22-Nome do Contratado Executante
GABRIELA DE LIMA E SILVA CARVALHO HYPOLITO

23-Código na Operadora / CNPJ / CPF
17053191971068

24-Nome do Profissional Executante
GABRIELA DE LIMA E SILVA CARVALHO HYPOLITO

25-Código do Procedimento
30-Tabella

31-Quantidade US
35-Qtd

32-Face
33-Dente/Região

34-Valor
36-Franchisa/Co-participação R\$

37-Aut
40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

1-000181000421-RPIE

2-000181000421-RRII

3-000181000421-RPDI

4-000181000421-RPDI

5-000181000421-RPDI

6-000181000421-RPDI

7-000181000421-RPDI

8-000181000421-RPDI

9-000181000421-RPDI

10-000181000421-RPDI

11-000181000421-RPDI

12-000181000421-RPDI

13-000181000421-RPDI

14-000181000421-RPDI

15-000181000421-RPDI

43-Data Prevista Término do Tratamento
11/01/21

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncoodonto 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
19600

47-Valor Total R\$
000

48-Total Franchisa / Co-participação R\$
000

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(ram) 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 previstos em contrato, para o tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dentaldoc

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 Cambio da Empresa
17/10/2017	17/10/2017	17/10/2017	17/10/2017
			Marcello Martini Vianna EIRELI CNPJ: 30249650/0001-78