



474433
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 0 / 0 2 / 2 1	4-Data de Autorização 1 1 / 0 2 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8288824	7-Data Validade da Senha 1 1 / 0 5 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 5 1 4 5 0 0 0 0 0 1 0 1									
13-Nome CLAUDIA GONCALVES PEREIRA				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CLAUDIA GONCALVES PEREIRA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RM N	17-Nome do Profissional Solicitante CELIO DORIEDES GOMES SOARES	18-Número no CRO 1852	19-UF TO	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 8 5 1 0 1 9 1 5 1 4 9	22-Nome do Contratado Executante CELIO DORIEDES GOMES SOARES	23-Número no CRO 1852	24-UF TO	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CELIO DORIEDES GOMES SOARES		27-Número no CRO 1852	28-UF TO	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 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0,00		S	09/02/21		
2-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 0 0	0,00		S	09/02/21		
3-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 0 0	0,00		S	09/02/21		
4-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 0 0	0,00		S	09/02/21		
5-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 0 0	0,00		S	09/02/21		
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 1 7 8 0 0	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 previsto em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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-Observações		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/02/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/02/21		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/02/21		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	
----------------	--	---	--	---	--	---	--	--	--