



466019
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 13/01/2011 4-Dia de Autorização 10/11/2012 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8251709 7-Dia Validade da Série 13/01/2011

8-Número da Carteira 100202535291700000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CARLOS GABRIEL FRANCO DA SILVA 30/07/2002 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano CARLOS GABRIEL FRANCO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA EBENEZER 18-Número no CRO 3666 19-UF AM 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1031236012664 22-Nome do Contratado Executante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO 23-Número no CRO 3666 24-UF AM 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO 27-Número no CRO 3666 28-UF AM 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-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00			S	01/08/21		Francisco
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00			S	01/08/21		Francisco
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00			S	01/08/21		Francisco
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00			S	01/08/21		Francisco
5-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00			S	01/08/21		Francisco
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dia Previsto 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 178,00 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 (c/s) procedimento(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-Dado, local e Assinatura do Serviço-Dentista Solicitante 01/08/21 51-Dado, local e Assinatura do Serviço-Dentista 01/08/21 52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/08/21 53-Dado, local e Assinatura da Empresa 01/08/21