



727943
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/10/21	4-Data de Autorização ////	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 727943	7-Data Validade da Senha 02/01/22
--------------------------	---------------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 9 4 6 5 4 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	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANA TEREZA VILHENA PEDROSO	() -	ANA TEREZA VILHENA PEDROSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE OLIVEIRA BITTENCOURT	18-Número no CRO 118546	19-UF SP	20-Código CBO S
--------------------------	---	----------------------------	-------------	-----------------

025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40226325857	22-Nome do Contratado Executante ALINE OLIVEIRA BITTENCOURT	23-Número no CRO 118546	24-UF SP	25-Código CNES
--	--	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE OLIVEIRA BITTENCOURT	118546	SP	

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 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 , 0 0	0 , 0 0	,	N	/ /		
2-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6 1 , 0 0	0 , 0 0	,	N	/ /		
3-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	6 1 , 0 0	0 , 0 0	,	N	/ /		
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 1 5 6 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	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