



1424029
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/04/23	4-Data de Autorização 26/04/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11141281	7-Data Validade da Senha 23/07/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0020255093500000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CAROLINA JOAQUINA DA SILVA				14-Telefone 09/03/1995	15-Nome do titular do plano CAROLINA JOAQUINA DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARILIA GABRIELE GOMES DE ARAÚJO		18-Número no CRO 11493	19-UF PE	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 8042412000103		22-Nome do Contratado Executante MARILIA G G DE ARAUJO ODONTOLOGIA		23-Número no CRO 11493		24-UF PE	25-Código CNES 9999999	Enviar - RX (I) 85100200 (IF) 85200166-11	
26-Nome do Profissional Executante MARILIA GABRIELE GOMES DE ARAUJO				27-Número no CRO 11493		28-UF PE	29-Código CBO S	(I) 85100218 (IF) 85200166-21	

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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OD	1	88,00	0,00		S	14/06/2023		<i>Carolina</i>
2-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OMV	1	122,00	0,00		S	14/06/2023		<i>Carolina</i>
3-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	21		1	258,00	0,00		S	14/07/2023		<i>Carolina</i>
4-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	11		1	258,00	0,00		S	14/06/2023		<i>Carolina</i>
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 726,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/06/23 <i>Dra. Marília Araújo</i> Cirurgião Dentista CRO 11493	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/06/23 <i>Carolina</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/06/23 ODONTOSISTEMA
--	---	---	--