

475772
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 2 / 0 2 / 2 1	4-Data de Autorização 1 6 / 0 2 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8294867	7-Data Validade da Senha 1 3 / 0 5 / 2 1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 5 4 7 9 7 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 TACIANE GOUVEA DE MORAIS			14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano TACIANE GOUVEA DE MORAIS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MILLER ZARONI SANTORO		18-Número no CRO 72227	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2 7 8 1 6 3 8 4 8 0 7		22-Nome do Contratado Executante MILLER ZARONI SANTORO		23-Número no CRO 72227	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante MILLER ZARONI SANTORO		26-Número no CRO 72227		27-UF SP	28-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 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 0 0	0,00		S	24/02/21		
2	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 0 0	0,00		S	24/02/21		
3	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 0 0	0,00		S	24/02/21		
4	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAI D		1	3 6 0 0	0,00		S	24/02/21		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Início do Tratamento 24/02/21	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 4 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-------------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que eu, a ter sido devidamente esclarecido sobre as propostas, 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 24/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--