



689145
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/09/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha ABERTO	6-Número da Guia Principal 689145	7-Data Validade da Senha 30/11/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	-------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202541058600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _/_/___/___	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome SUELLEN DA SILVA DANTAS 20/05/1985	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SUELLEN DA SILVA DANTAS
--	----------------------------	--

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 4 0 2 2 6 3 2 5 8 5 7	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 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		N	/ /		
3-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		N	/ /		
4-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		N	/ /		
5-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		N	/ /		
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 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
---	---	---	---