



584989
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 5 / 0 6 / 2 1	4-Data de Autorização 1 5 / 0 6 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8700410	7-Data Validade da Senha 1 3 / 0 9 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 8 2 8 2 2 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 SEBASTIAO ABILIO DE MATOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SEBASTIAO ABILIO DE MATOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA	18-Número no CRO 14893	19-UF SC	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 8 1 0 4 7 9 3 9 7 7	22-Nome do Contratado Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA	23-Número no CRO 14893	24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA		27-Número no CRO 14893	28-UF SC	29-Código CBO S	

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 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3 5,0 0	0,0 0		S	1 5 / 0 6 / 2 1		Perenanda
2	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3 5,0 0	0,0 0		S	1 5 / 0 6 / 2 1		Perenanda
3	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3 5,0 0	0,0 0		S	1 5 / 0 6 / 2 1		Perenanda
4	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3 5,0 0	0,0 0		S	1 5 / 0 6 / 2 1		Perenanda
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 4 0,0 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 1 5 / 0 6 / 2 1 Gislle	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 1 5 / 0 6 / 2 1 Gislle	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 1 5 / 0 6 / 2 1 Perenanda	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--