



501199
 INTERCÂMBIO

1-Régistro ANS 406414	3-Dia de Emissão de Guia 11/03/21	4-Data de Autorização 11/03/21	5-Sistema AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8394186	7-Data Validade da Guia 11/03/21
--------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
2-Número da Carteira 0002025359096000000103		9-Nome LARRY MARCOS FELIZARDO		13-Data de Nascimento 10/12/1962	
14-Nome LARRY MARCOS FELIZARDO		15-Data de Emissão () () () () () ()		16-Nome do Lular do plano MARTA BARBOSA DOS SANTOS	

16-Acordamento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ISADORA BARREIRA DA ROCHA		18-Número na CRO 12547	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 051611359167		22-Nome do Contratado Executante ISADORA BARREIRA DA ROCHA		23-Número na CRO 12547	24-UF DF	25-Código ONES
26-Nome do Profissional Executante ISADORA BARREIRA DA ROCHA		27-Número na CRO 12547		28-UF DF	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Ortoregia	34-Face	35-Quil	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Cancelamento
1	00081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			13400	0000			S	11/03/21	
2	00081530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		13600	0000			S	11/03/21	
3	00081530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD		13600	0000			S	11/03/21	
4	00081530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		13600	0000			S	11/03/21	
5	00081530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		13600	0000			S	11/03/21	
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/03/21	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 117800	47-Valor Total R\$ 0000	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(ram) 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-Consideração

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 11/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário 11/03/21	53-Data, local e Assinatura do Fornecedor 11/03/21
Cirurgião Dentista CRO-DF 12547	Cirurgião Dentista CRO-DF 12547		