



425095
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 23/11/20	4-Data de Autorização 29/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8083045	7-Data Validade da Senha 21/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202532642900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CIBELE PASSARELI DA SILVA SATURNINO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CIBELE PASSARELI DA SILVA SATURNINO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IZABELLA ANTUNES	18-Número no CRO 137861	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45754078870	22-Nome do Contratado Executante IZABELLA ANTUNES	23-Número no CRO 137861	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante IZABELLA ANTUNES		27-Número no CRO 137861	28-UF SP	29-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	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	35	ODL	1	122,00	0,00		S	30/11/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/11/20	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 122,00	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 30/11/20 Izabella Antunes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/20 Izabella Antunes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/20 x	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--



424651
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/11/20	4-Data de Autorização 23/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8077405	7-Data Validade da Senha 19/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202532642900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome CIBELE PASSARELI DA SILVA SATURNINO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CIBELE PASSARELI DA SILVA SATURNINO
--	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IZABELLA ANTUNES	18-Número no CRO 137861	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 45754078870	22-Nome do Contratado Executante IZABELLA ANTUNES	23-Número no CRO 137861	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200115-35 (I) 81000421-RPIE
26-Nome do Profissional Executante IZABELLA ANTUNES	27-Número no CRO 137861	28-UF SP	29-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 de Glosa	42-Assinatura
1-	0085200115	RETRATAMENTO	35		1	385,00	0,00		S	30/11/20		X
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00		S	30/11/20		X
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 399,00	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 30/11/20 Izabella Antunes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/20 Izabella Antunes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/20 X	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--