



1440738
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/05/2023	4-Data de Autorização 08/05/2023	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11191218	7-Data Validade da Senha 06/08/2023
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202556745200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__/_/	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FRANCINETE BATISTA DOS SANTOS COSTA 08/02/1984		14-Telefone (_) -_-_-_-_-	15-Nome do titular do plano FRANCINETE BATISTA DOS SANTOS COSTA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KAMILLA DA SILVA VALENCA	18-Número no CRO 13644	19-UF GO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (l) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 8364888000160	22-Nome do Contratado Executante IMPERIUM ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 13644	24-UF GO	25-Código CNES 9449558	
26-Nome do Profissional Executante KAMILLA DA SILVA VALENCA		27-Número no CRO 13644	28-UF GO	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	D	1	61,00	0,00		S	/		
2-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	36		1	73,00	0,00		S	/		
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MD	1	88,00	0,00		S	/		
4-										/		
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 222,00	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 _/_/__/__/_/	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista _/_/__/__/_/	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável _/_/__/__/_/	53-Data, local e Carimbo da Empresa _/_/__/__/_/
---	---	---	---