



1363476
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/03/23	4-Data de Autorização 07/03/23	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 10965503	7-Data Validade da Senha 05/06/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 00202555760700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALINE CRISTINA VASCONCELOS CORDEIRO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALINE CRISTINA VASCONCELOS CORDEIRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOPLUS	18-Número no CRO 321	19-UF AP	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421- (IF) 85200140-15
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29541095000132	22-Nome do Contratado Executante ODONTOPLUS LTDA	23-Número no CRO 321	24-UF AP	25-Código CNES 9090827	
26-Nome do Profissional Executante ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO		27-Número no CRO 321	28-UF AP	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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	01/04/23		
2-	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	15		1	333,00	0,00		S	01/04/23		
3-												
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 347,00	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 _/_/__/__
--	--	--	--