


406006
INTERCÂMBIO

1-Registro Atd 406414	3-Carte de Emissão da Guia 27/10/20	4-Data de Autorização 28/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 8000028	7-Data Validade da Senha 25/01/21
--------------------------	--	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 00202532224400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EVERTON DA SILVA CARVALHO		14-Telefone 08/11/1992	15-Nome do Titular do plano EVERTON DA SILVA CARVALHO	

Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento

16-Apresentação e RBE N	17-Nome do Profissional Solicitante MARCELE SALES CASSALHA	18-Numero no CRO 134051	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora (CNPJ) / CPE 01167475011	22-Nome do Contratado/Responsável MARCELE SALES CASSALHA	23-Numero no CRO 134051	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MARCELE SALES CASSALHA		27-Numero no CRO 134051	28-UF SP	29-Código CBO S

Forma 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	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	28/10/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 34,00	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 Grupo Dentista Solicitante 28/10/20	51-Data, Local e Assinatura do Contratado/Responsável 28/10/20	52-Data, Local e Assinatura do Profissional Responsável 28/10/20	53-Data, Local e Assinatura do Profissional Responsável 28/10/20
---	---	---	---