



479075
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/02/21	4-Data de Autorização 18/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8306866	7-Data Validade da Senha 19/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202535379400000101		13-Nome MILEYDE DE SOUSA FERNANDES		14-Telefone () - /		15-Data Validade da Carteira / /		15-Nome do titular do plano MILEYDE DE SOUSA FERNANDES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RVN N		17-Nome do Profissional Solicitante CELIO DORIEDES GOMES SOARES		18-Número no CRO 1852		19-UF TO		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 85101915149		22-Nome do Contratado Executante CELIO DORIEDES GOMES SOARES		23-Número no CRO 1852		24-UF TO		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante CELIO DORIEDES GOMES SOARES		27-Número no CRO 1852		28-UF TO		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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	I	1	61,00	0,00		S	18/02/21		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	I	1	61,00	0,00		S	18/02/21		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	61,00	0,00		S	18/02/21		
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 183,00	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 no contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 18/02/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/02/21		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário - Responsável 18/02/21		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	--	--