



540217
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/05/21	4-Data de Autorização 04/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8545609	7-Data Validade da Senha 01/08/21
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
6-Número da Carteira 0020253272160000104		13-Nome MAYARA CRISTINA VIEIRA DA SILVA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MAYARA CRISTINA VIEIRA DA SILVA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ETHEL CHRISTINA SFEIR		18-Número no CRO 86205	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22265337889		22-Nome do Contratado Executante ETHEL CHRISTINA SFEIR		23-Número no CRO 86205	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante ETHEL CHRISTINA SFEIR		27-Número no CRO 86205		28-UF SP	29-Código CBO S (I) 85100200 (I) 85100218

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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	13	MV	1	88,00	0,00		S	17/05/21		M. Mayara
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MD	1	88,00	0,00		S	03/03/21		M. Mayara
3-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MVP	1	122,00	0,00		S	03/05/21		M. Mayara
4-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	43	MVL	1	122,00	0,00		S	25/05/21		M. Mayara
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 420,00	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 05/05/21 Ethel C Sfeir	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/05/21 Mayara V. Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

CLIENTE: marjara

INDICAÇÃO: Rx inicial

Nº

DATA

/ /

OBS.: _____

Dupon - 005

13

● ● ● ● ● ● ● ●										● ● ● ● ● ● ● ●									
8 7 6 5 4 3 2 1										1 2 3 4 5 6 7 8									
8 7 6 5 4 3 2 1										1 2 3 4 5 6 7 8									
● ● ● ● ● ● ● ●										● ● ● ● ● ● ● ●									

CLIENTE: Mayara C. Vieira Silva

INDICAÇÃO: Rx inicial

Nº
DATA 05/05/21

OBS.: _____

Dupon - 005

11/21

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8				
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7					

CLIENTE: Mayara C. Vieira Silva

INDICAÇÃO: Rx inicial

Nº
DATA ____/____/____



43

