



889609
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/02/2012	4-Data da Autorização 21/02/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9624088	7-Data Validade da Senha 25/05/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202542711100000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EVANGELINA DE PAULA RAMOS DOS SANTOS		14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano EVANGELINA DE PAULA RAMOS DOS SANTOS		

16-Atendimento e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DANIELLY DE SOUZA OLIVEIRA	18-Número no CRO 42123	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 114645400711		22-Nome do Contratado Executante DANIELLY DE SOUZA OLIVEIRA	23-Número no CRO 42123	24-UF RJ	25-Código CNE S
26-Nome do Profissional Executante DANIELLY DE SOUZA OLIVEIRA		27-Número no CRO 42123	28-UF RJ	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/03/22		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	09/03/22		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	09/03/22		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	09/03/22		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	09/03/22		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Realização do Tratamento 09/03/22	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 178,00	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-Sinal local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/03/22	51-Sinal local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/03/22	52-Sinal local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/03/22	53-Sinal local e Assinatura da Empresa 09/03/22
---	---	---	--

de P. R. Santos

34.426.503/0001-45