

4278668
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 12/5/11/12/0	3-Data de Autofecção 10/3/11/2/2/0	4-Série AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8090491	6-Data Validade da Série 12/3/10/2/12/1
7-Objeto do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10/0/2/0/2/5/3/3/4/7/8/0/0/0/0/0/1/0/1					
9-Ramo POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA					
11-Telefone (11) 9191-6360					
12-Data Validade da Carteira 11/11/11					
13-Nome PABLO DO NASCIMENTO GALVAO					
14-Número do Cartão Nacional de Saúde					
15-Nome do titular de plano PABLO DO NASCIMENTO GALVAO					

[illegible]

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rajão	34-Faixa	35-Dist	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Val	40-Cota de Realização	41-Valor da Cota 42-Despesa
1-10	018100100651	CONSULTA ODONTOLÓGICA			11	34,00	0,00		04,12	00,00	04,12
2-10	018400101198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		11	35,00	0,00		04,12	00,00	04,12
3-10	018400101198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		11	35,00	0,00		04,12	00,00	04,12
4-10	018400101198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		11	35,00	0,00		04,12	00,00	04,12
5-10	018400101198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		11	35,00	0,00		04,12	00,00	04,12
6-11											
7-11											
8-11											
9-11											
10-11											
11-11											
12-11											
13-11											
14-11											
15-11											
43-Dia Período Tempo de Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$											

43- Ocorrência

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, custos e alternativas de utilização, conforme acima mencionado, sou o/sou a(s) autor(es) da(s) contratação, contrato, Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), autoriza a realização(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, referências ao tratamento, tratamento, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

ED-Data, local e Assinatura do(a) Consultor(a)-Dentista	ED-Data, local e Assinatura do(a) Consultor(a)-Dentista	ED-Data, local e Assinatura do(a) Beneficiário(a) e Assinatura do(a) Operadora	ED-Data, local e Assinatura do(a) Beneficiário(a) e Assinatura do(a) Operadora
01/11/2021	01/11/2021	01/11/2021	01/11/2021
<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>	<i>[Assinatura]</i>