



2058022
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/24	4-Data de Autorização 05/11/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13057049	7-Data Validade da Senha 06/01/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025117364700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLEIDE APARECIDA HORACEK 10/02/1963		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CLEIDE APARECIDA HORACEK

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAROLINA DE MORAIS GROSSI	18-Número no CRO 142388	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45344088000105	22-Nome do Contratado Executante ANDREIA LIMA DE MORAIS GROSSI ME	23-Número no CRO 93734	24-UF SP	25-Código CNES 9999999
26-Nome do Profissional Executante CAROLINA DE MORAIS GROSSI		27-Número no CRO 142388	28-UF SP	29-Código CBO S

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-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	12		1	258,00	0,00		S	05/11/2024		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	05/11/2024		
3-												
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 272,00	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 05/11/24 CRO 142388 Clínica geral e ortodontista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/24 CRO 142388 Clínica geral e ortodontista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/24 Cleide Ap Horacek	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--