



433474
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Código de Emissão da Guia 10/3/11 2/12/10 3-Código de Autenticação 10/4/11 2/12/10 4-Será AUTORIZADO 813766 5-Número da Guia Principal 813766 6-Código de Verificação da Guia 10/3/10 3/12/11

7-Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

10/02/02 5 3 3 6 6 8 1 0 0 0 0 1 0 1

9-Fluor

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dados da Unidade da Carteira

12-Número de Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CATIA SILENE SOARES OLIVEIRA

10/11/1968

14-Telefone

(1131) 3281-8120

15-Nome do titular de plano CATIA SILENE SOARES OLIVEIRA

16-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Atividade do Profissional Solicitante

THIAGO MALBAR MOSCON

18-Número no CRO

8005

19-UF

BA

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Identificação - CNPJ / CPF

0812761185738

22-Nome do Contratado Expectante THIAGO MALBAR MOSCON

23-Número no CRO

8005

24-UF

BA

25-Código CNES

Enviar - RX

(11) 85100218

26-Nome do Profissional Expectante THIAGO MALBAR MOSCON

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dia de Referência	34-Freq	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Ativ	40-Código de Referência	41-Valor da Guia	42-Assinatura
1-0	0185110101916	RESTAURAÇÃO RESINA	35	1	V	1	1,00	0,00	04/12/2020	04/12/2020	04/12/2020	04/12/2020
2-0	0185110102118	RESTAURAÇÃO RESINA	44	1	OVD	1	1,20	0,00	04/12/2020	04/12/2020	04/12/2020	04/12/2020
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Prevista Término do Tratamento 04/12/20 44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 183,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução de 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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora e 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-Operatório

50-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/12/20 51-Data e Assinatura do Profissional 04/12/20 52-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/12/20 53-Data e Assinatura do Profissional 04/12/20