



472556
INTERCÂMBIO

gistro ANS 6414	3-Data de Emissão da Guia 08/02/21	4-Data de Autorização 08/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8279920	7-Data Validade da Senha 09/05/21
--------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

s do Beneficiário	mero da Carteira 020253537940000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-------------------	--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

ome LEYDE DE SOUSA FERNANDES	17/09/1995	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MILEYDE DE SOUSA FERNANDES
---------------------------------	------------	----------------------	---

s do Contratado Responsável pelo Tratamento	rendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante CELIO DORIEDES GOMES SOARES	18-Número no CRO 1852	19-UF TO	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
---	-----------------	--	--------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

ódigo na Operadora / CNPJ / CPF 35101915149	22-Nome do Contratado Executante CELIO DORIEDES GOMES SOARES	23-Número no CRO 1852	24-UF TO	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 82001294-48
--	---	--------------------------	-------------	----------------	--------------------------------

ome do Profissional Executante CELIO DORIEDES GOMES SOARES	27-Número no CRO 1852	28-UF TO	29-Código CBO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

de Tratamento / Procedimentos Solicitados	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
	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	26/10/21		
	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	26/10/21		
	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	26/10/21		
	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	26/10/21		
	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	26/10/21		
	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	26/10/21		
	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00		S	26/10/21		
	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00		S	26/10/21		
	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	26/10/21		
	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	26/10/21		
	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	186,00	0,00		S	26/10/21		

ata 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 669,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

aro, 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 e ratado. 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 devidos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

bservação

ata, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa _/_/__/__
---	---	---	--