



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/21	4-Data de Autorização 12/11/21	5-Santa AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8140779	7-Data Validade da Santa 13/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

439849
INTERCÂMBIO

8-Número de Carteira 01020253318511000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa IDENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome CLAUDINEIA DOS SANTOS PRIOR	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CLAUDINEIA DOS SANTOS PRIOR
--	------------------------------	--

16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA	18-Número no CRO 137593	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RIS (I) 81000421-
--------------------------	--	----------------------------	-------------	---

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DenturRegião	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Classe	42-Assinatura
1-00	082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	21			7,3,0,0						
2-00	082000859	EXODONTIA DE RAIZ	22			7,3,0,0						
3-00	081000421	RX PERIAPICAL	RIS			14,0,0						
4-00	082000859	EXODONTIA DE RAIZ	28			7,3,0,0						
5-00	081000421	RX PERIAPICAL	RMSE			14,0,0						
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 13/11/21	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 247,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/21 10h30min N.ª Paula	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/21 10h30min N.ª Paula	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/21 Claudineia	53-Data, local e Carimbo de Empresa 11/11/11
--	--	--	---

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 (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 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.

48-Observação